Nr 20 15 maja 1938 Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

Dr Juliusz GRZĘDZIELSKI Lwów

O przerzutach nowotworów do układu nerwowego

Z Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr E. Artwiński

Praca dotyczy 48 chorych z przerzutami nowotworów złośliwych do ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego. Chorzy ci byli obserwowani w tutejszej Klinice od roku 1926 do 1937. Rozpoznano u 40 chorych przerzuty raka, a u 8 mięsaka. U większości naszych chorych dało się stwierdzić obecność pierwotnego guza nowotworowego (47), u jednego zaś nie; mimo to obraz, bądź to kliniczny, bądź to anatomiczny usprawiedliwiał rozpoznanie przerzutu nowotworu złośliwego.

Wśród przypadków przerzutów rakowych, 17 pochodzi z pierwotnego raka sutka, 9 z raka płuc, 4 z narządów rodnych kobiecych, w czym 3 z macicy i jeden z torbieli jajnikowej; 2 z raka żołądka, wreszcie z wątroby, trzustki, śluzówki nosa, krtani, tarczycy, odbytnicy i gruczołu krokowego po jednym przypadku. W jednym przypadku przerzutu rakowego do mózgu nie wyszukano pierwotnego ogniska nowotworowego.

W 8 przypadkach przerzutów mięsaka mamy: 3 przypadki pierwotnego mięsaka czerniaczkowego skóry, po jednym przypadku mięsaka jądra, kości krzyżowej i kości palca, a pozostałe 2 przypadki są przerzutami najprawdopodobniej ze skóry.

I. Rak

1. *Wiek chorych.* U naszych chorych z rakiem sutka, waha się on między 25 a 58 lat u kobiet, nadto w przypadku mężczyzny wynosił on 65 lat. Połowa przypadków kobiet (8) dotyczy osób stosunkowo młodych, bo przed 40 rokiem życia, 5 przypadków między 40 a 50 rokiem życia, a tylko w 3 przypadkach wiek chorych przewyższał 50 lat. Według piśmiennictwa, dolna granica wieku jest wyższa, przeważnie od 40 do 60 lat życia.

W przypadkach raka płuc wiek chorych wynosi od 24 do 60 lat, przy czym więcej, niż w połowie przypadków przewyższa on 50 lat. Pod tym względem nasze spostrzeżenia zgodne są ze spostrzeżeniami innych autorów. Pod względem płci przeważają mężczyźni (6:3).

W przypadkach raka kobiecych narządów rodnych, wiek waha się od 41 do 64 roku życia; najczęściej powyżej 50 roku życia.

Przerzuty raka z żołądka dotyczą mężczyzn w wieku 48 i 52 lat.

W przypadku kobiety z rakiem wątroby, wiek wynosi 58 lat, u kobiety z przypuszczalnym pierwotnym rakiem trzustki 63, u mężczyzny z rakiem błony śluzowej nosa 34, u mężczyzny z rakiem krtani 55, u kobiety z rakiem tarczycy 27, wreszcie u mężczyzn z rakiem: odbytnicy, stercza i rakiem nieznanego umiejscowienia, kolejno: 54, 63 i 54 lat.

2. *Związek przerzutów z pierwotnym guzem.* Czas między pojawieniem się pierwotnego nowotworu, a wystąpieniem objawów neurologicznych w przypadkach raka sutka wynosi: w 8 przypadkach mniej niż rok, w innych waha się między 1—3 latami, najdłuższy wynosi 9 lat, co należy już do rzadkości. U 2 chorych czasu tego nie można ściśle określić, gdyż chore te nie zauważyły guza sutka. W 14 przypadkach guz pierwotny został usunięty operacyjnie i to w pierwszym roku po zauważeniu go. W 3 przypadkach nowotworu pierwotnego nie operowano. Częstość zajęcia prawej lub lewej piersi mniej więcej jednaka; związku między prawą lub lewą stroną, a umiejscowieniem lub czasem wystąpienia przerzutów (na co zwraca uwagę Siebert) nie zauważyliśmy.

U chorych z przerzutami raka z płuc nie udało się ustalić czasu, w jakim wystąpiły objawy neurologiczne od powstania zmian w płucach, gdyż chorzy ci nie mieli przeważnie żadnych dolegliwości, co podnosi szereg autorów: Brunner, Gotthardt, Oberndorfer, Parker, Sjögren i inni. Jeden chory miał dolegliwości ze strony płuc tak znaczne, że zwracał się z nimi do lekarzy, drugi miał tylko nieznaczne; w 5 przypadkach wykazano klinicznie zmiany o cechach pierwotnego nowotworu złośliwego, w jednym przypadku na pierwszy plan w obrazie klinicznym wysuwały się objawy ze strony przerzutów nie-mózgowych, zaś guz pierwotny objawów nie dawał, wreszcie w 3 przypadkach rozpoznano guz mózgu, a pierwotne ognisko rakowe odkryto dopiero na sekcji, podobnie, jak w przypadkach Parker'a. Znacznie częściej siedliskiem nowotworu jest prawe płuco (7:2), co stwierdza także Brunner.

Rak narządów rodnych objawiał się u 2 naszych chorych krwawieniem z części rodnych, a u jednej cuchnącymi upławami. Objawy neurologiczne wystąpiły w tych przypadkach w przeciągu mniej więcej roku od wystąpienia guza pierwotnego. W czwartym przypadku czas ten był znacznie dłuższy; dokładnie nie dało się go określić; chora w 38 roku życia przeszła operację torbieli jajnikowej, a w 50 roku życia wystąpiły przerzuty do kręgów i kości miednicy. Podmiotowe dolegliwości pochodziły wyłącznie z przerzutów.

W jednym z przypadków raka żołądka objawy neurologiczne wystąpiły w 2 lata po operacji raka żołądka, w drugim zaś objawy żołądkowe poprzedzały o 5 miesięcy objawy mózgowe.

Z pozostałych przypadków raka tylko chory z rakiem płaskokomórkowym nosa miał podmiotowe dolegliwości ze strony pierwotnego guza. We wszystkich tych przypadkach nie dało się oznaczyć czasu między wystąpieniem objawów pierwotnego guza a wystąpieniem przerzutów.

3. *Rodzaje i objawy przerzutów.* Rozróżniamy przerzuty: a) kostne, b) do tkanki mózgu i rdzenia, c) do opon mózgowo-rdzeniowych (postać naciekowa).

a) Przerzuty kostne.

Przerzuty pierwotnego raka z płuc widzieliśmy tylko raz na 9 przypadków. Umiejscowione były w XI kręgu piersiowym i w główce lewej kości ramieniowej. Zdaje się, że przerzuty raka z płuc do kości są rzadkie; Meier opisał je u chorego, gdzie były umiejscowione w wyrostku barkowym i w innych narządach (podobnie jak u naszej chorej). Babonneix i Wilms opisali przerzuty raka płucnego do kości podstawy czaszki.

Daleko częściej spotykamy przerzuty kostne w raku sutka (na 17 naszych przypadków w 10). Najczęściej zajmują one kręgi (10 przypadków): lędźwiowe (6), piersiowe (5), szyjne (2), kość krzyżową (1); poza tym kości miednicy (3), żebra (2), bark (2), udo (1) i czaszkę (1). Według Siebert'a najczęściej bywa zajęty kręgosłup piersiowy.

W przypadkach raka narządów rodnych kobiecych, stwierdziliśmy przerzuty do kości miednicy (2), kręgów piersiowych (1) i lędźwiowych (1). W przypadku raka wątroby, trzustki i odbytnicy, przerzuty zajmowały kręgosłup, w przypadku raka stercza kości miednicy.

Objawy kliniczne: Vampré i Longo rozróżniają 3 postacie kliniczne raka kręgów: 1) *paraplegia dolorosa* (Charcot) 2) *myelitis transversa,* 3) *conus terminalis.* Nasze przypadki odznaczają się wielką przewagą objawów ze strony nerwu kulszowego (14), co również podnosi Schlesinger. Rwa kulszowa przeważnie była połączona z wiotkim niedowładem jednej lub obydwu kończyn dolnych, z osłabieniem odruchów i zaburzeniami czucia; według podziału wspomnianych autorów należało by je zaliczyć do 1 lub 3 grupy. Bóle opasujące w klatce piersiowej obserwowaliśmy w 3 przypadkach, natomiast objawy przecięcia rdzenia tylko w jednym. W 4 przypadkach nie znaleźliśmy zmian neurologicznych. Należy podkreślić niestosunek między objawami klinicznymi a zniszczeniem kręgów, stwierdzonym rentgenologicznie: w jednym przypadku z bardzo rozległymi zmianami rentgenowskimi w kościach kręgosłupa i miednicy objawów neurologicznych nie było; w drugim przypadku można było wykazać tylko objawy lekkiej lewostronnej rwy kulszowej przy zupełnym zniszczeniu lewej połowy kości krzyżowej.

Nakłucie lędźwiowe było wykonane tylko w 3 przypadkach i we wszystkich 3 płyn mózgowo-rdzeniowy wykazywał cechy zespołu uciskowego (podobnie Siebert u 7 chorych punktowanych stwierdzał zawsze uciskowy płyn).

b) Przerzuty do tkanki ośrodkowego układu nerwowego.

Zaliczamy tu: 8 przypadków raka płuc, 6 przypadków raka sutka, po jednym przypadku raka tarczycy, nosa i żołądka oraz jeden przypadek, w którym pierwotnego ogniska nowotworowego nie znaleziono z powodu niecałkowitej sekcji zwłok.

Przerzutowe guzy mózgu stanowią, według Elkington'a 20%, a według Meagher'a-Eisenhardt'a 3% guzów mózgu. Pierwotne ognisko nowotworowe znajduje się najczęściej w płucu lub sutku; pierwsze przeważają u mężczyzn, drugie u kobiet; nadto obserwowano przypadki z umiejscowieniem pierwotnego guza w narządach rodnych, nerkach, pęcherzu moczowym, przewodzie pokarmowym itd. Objawy przerzutów występują zwykle nagle, początkowym objawem najczęściej jest ból głowy. W niektórych przypadkach powstają nagle objawy ogniskowe, które jednak później się cofają, a następnie znów wracają (ostry i regresywny zespół przerzutowy Garcin'a); w takich przypadkach, według Garcin'a, przychodzi do zatoru naczyń mózgowych komórkami nowotworowymi, które po pewnym czasie rozwijają dalszą działalność. W dalszym przebiegu pojawia się wyniszczenie i szybko przychodzi do zejścia śmiertelnego.

Objawy wzmożenia ucisku śródczaszkowego, jak podnosi szereg autorów (Hilpert, Hofheinz, Overhamm, Globus-Selinsky), są bardzo nieznaczne: często nie ma tarczy zastoinowej, ani zmian rentgenowskich w kościach czaszki, co ma się tłumaczyć charakterem nowotworu: rak nie zwiększa zawartości jamy czaszkowej, gdyż nie uciska tkanki mózgowej, tylko ją niszczy i zastępuje jej miejsce. Spostrzeżenia nasze w tym kierunku są inne. Na 18 przypadków przerzutów mózgowych w 14 stwierdziliśmy objawy ogólnego wzmożenia ucisku śródczaszkowego (bóle głowy, wymioty), tarczę zastoinową w 11, a zmiany rentgenowskie w 3 przypadkach.

Zaburzenia psychiczne są częste. Mogą one przypominać zespoły: neurastenii, porażenia postępującego lub otępienia wczesnego. Po jakimś czasie dołączają się zaburzenia w nerwach mózgowych, rdzeniu, a wreszcie deliria i utrata przytomności (Knierim). Zaburzenia psychiczne widzieliśmy w 5 przypadkach, jako zaburzenia pamięci, orientacji, otępienie, senność, apatię i dowcipkowanie.

Objawy neurologiczne ogniskowe są różne, od bardzo nikłych (Weitinger) mimo rozległych przerzutów, do bardzo powikłanych i niejasnych zespołów (Roger-Paillas). W naszych przypadkach spotykaliśmy najczęściej porażenia połowicze, czasem afazję, w niektórych przypadkach objawy ze strony układu pozapiramidowego. Drgawki Jacksonowskie obserwowaliśmy u 2 chorych, z przerzutami raka sutka i raka z płuc; są one przy guzach przerzutowych rzadkie (Overhamm).

Przerzuty bywają często mnogie, Rich podaje cyfrę 1—200, a w dużym procencie ponad 3. Roger i Paillas stwierdzają, że przerzuty guzów płuc są liczne, skutkiem czego obraz kliniczny jest powikłany, a przerzuty guzów sutka są pojedyncze (co stwierdzają również Petit-Dutaillis-Schmite) i obraz kliniczny jest prosty. Nie brak jednak spostrzeżeń innych autorów (Mariani, Pedace i in.), którzy stwierdzali liczne przerzuty właśnie raka sutka. Na podstawie naszych przypadków musimy raczej stwierdzić, że rzecz ma się odwrotnie, gdyż na 6 przypadków przerzutów raka sutka, w 3 przerzuty były mnogie (w pozostałych, na podstawie tylko przyżyciowej obserwacji, nie dało się ich ilości ustalić), a na 8 przypadków przerzutów raka płuc tylko w 3 przerzuty były mnogie, w 4 nieliczne, w jednym wreszcie ich ilości nie ustalono (obserwacja tylko podczas życia).

Przerzuty najczęściej znajdują się w półkulach mózgowych (15), znacznie częściej w lewej, niż w prawej, potem w móżdżku (5), zwojach podstawowych (2) i nerwach mózgowych (1). Opisano także przypadki przerzutów jedynie do nerwów wzrokowych (Bork, Grünberg, Kudlich i Orth). Przerzuty wśródrdzeniowe należą do rzadkości (Hofheinz), częstsze są może w rdzeniu przedłużonym (2 nasze przypadki, nie raka jednak, lecz mięsaka).

Płyn mózgowo-rdzeniowy często ma charakter płynu uciskowego, nie brak jednak i innych zmian.

c) Przerzuty oponowe *(carcinosis meningum diffusa)*.

Stanowią one odrębną postać kliniczną, gdyż nie rosną w postaci guzowatej, tylko jako płaskie nacieki. Niejednokrotnie są one widoczne tylko mikroskopowo (Lewis, Meier, Schusterówna). Objawiają się wystąpieniem objawów oponowych, ślepnięciem, głuchnięciem, zajęciem nerwów mózgowych (Pette), w innych przypadkach porażeniami, zanikami mięśniowymi i osłabieniem odruchów. Spostrzeżenia nasze są zgodne z dotychczas opisywanymi; obserwowaliśmy przewagę objawów z opon mózgu w jednym, a z opon rdzenia w 3 przypadkach. W niektórych przypadkach znajdowano komórki nowotworowe w płynie, co zdarza się wtedy, gdy guz jest miękki, nieotorbiony, wchodzi do przestrzeni zawierającej płyn mózgowo-rdzeniowy itd. (Peter). Miejscem pierwotnego guza w naszych przypadkach były: sutek (2), płuca (1) i żołądek (1). Zdaje się, że zwłaszcza przy raku żołądka, częsta jest ta postać przerzutów (Alsberg i Cornwell).

4. *Drogi przerzutów*. Droga przerzutów może być dwojaka: krew i limfa. Przy przerzutach guzowatych główną drogą jest krew, o czym świadczą obserwacje wielu autorów, a także przypadki, w których występuje zespół Garcin'a. Droga naczyniami limfatycznymi może wchodzić w rachubę przy naciekowych przerzutach oponowych wtedy, gdy komórki z istniejącego w pobliżu ogniska pierwotnego lub przerzutowego dostają się drogą przestrzeni okołonerwowych do opon. Świadczą o tym spostrzeżenia Bertha'y, który stwierdził, że w miejscu przejścia korzonków nerwowych przez oponę twardą spotyka się największe nagromadzenie komórek nowotworowych. W pewnych wreszcie przypadkach może przyjść do rozsiania się przerzutów w obrębie ośrodkowego układu nerwowego wtedy, gdy rozpadający się guz, np. mózgu, rozsiewa swoje komórki w płynie a te zaszczepiają się na oponach (Hofheinz).

II. Mięsak

Z naszych przypadków należą tu 3 przypadki mięsaka czerniaczkowego i 5 przypadków innych mięsaków. Są one rzadsze od raka, na który wypada, według statystyki Grant'a, 2/3 przypadków. W naszym materiale ilość ich jest znacznie mniejsza, bo wynosi 1/6. Schlesinger podaje dla mięsaków cyfrę 1/5. Najczęstsze wśród mięsaków mają być: mięsak czerniaczkowy i nadnerczak; opisywano nadto przerzuty mięsaków wychodzących z macicy, nerki, gardła i (bierzemy tu pod uwagę guzy innego rodzaju histologicznego, niż rak) nabłoniaków kosmówkowych. Te ostatnie należą do częstszych.

1. Przypadki mięsaka czerniaczkowego.

Dotyczą one jednej kobiety i 2 mężczyzn w wieku 30 do 34 lat. Wszyscy ci chorzy mieli znamiona barwikowe na skórze: czoła, pleców i piersi. Znamiona te przybrały charakter złośliwy przez bujanie nowotworowe, powiększyły się, krwawiły i dawały przerzuty do okolicznych gruczołów chłonnych. Dalszy przebieg choroby kształtował się w każdym przypadku odmiennie w zależności od umiejscowienia przerzutów. U kobiety przyszło do utworzenia się dużego przerzutu w prawym płacie skroniowym i drugiego, nieco mniejszego, w prawej półkuli móżdżka, w związku z czym obraz kliniczny wykazywał zajęcie prawostronnych nerwów mózgowych (V, VI, VII), lewostronną hemianopsję i hemiparezę, obok ogólnych objawów wzmożenia ucisku wśródczaszkowego. Zespół ten przeczy twierdzeniu Roger'a i Paillas'a, że mięsak czerniaczkowy daje nieliczne, drobne przerzuty i nikłe objawy neurologiczne. Nadmienić należy, że przerzut w płacie skroniowym wykazywał duży wylew krwawy. W drugim przypadku prawdopodobnie przerzuty były rozsiane, gdyż chory skarżył się na promieniujące bóle brzucha i kończyn dolnych, a po kilku tygodniach rozwinęło się u niego w ciągu kilku godzin lewostronne porażenie połowicze, zaczynające się od stopy. Następnie dopiero dołączyły się bóle głowy i wymioty; płyn mózgowo-rdzeniowy był krwawy. Musiały zatem istnieć także i przerzuty mózgowe, które spowodowały krwawienie do przestrzeni podpajęczynówkowych. U trzeciego chorego powstały mnogie przerzuty na skórze klatki piersiowej i brzucha, a z objawów neurologicznych spostrzegaliśmy: napadowe bóle w kończynach dolnych, zwłaszcza wzdłuż nerwów kulszowych i zaniki mięśniowe kończyn dolnych z podwyższeniem odruchów ścięgnistych. Zdjęć rentgenowskich kręgosłupa ze względu na ciężki stan chorego nie robiono.

2. Inne przypadki mięsaka.

U chorego 65-letniego, mięsak jądra dał przerzuty do dolnego odcinka rdzenia (wiotki niedowład kończyn dolnych z bólami) i na podstawę czaszki (obwodowy niedowład prawego nerwu VII i lewego IX). U 48-letniej chorej pierwotny guz znajdował się na kciuku, a przerzuty w III kręgu lędźwiowym. U mężczyzny 52-letniego, przerzuty pierwotnego mięsaka kości krzyżowej zajęły XI i XII krąg piersiowy (niedowład kończyn dolnych z zaburzeniami czucia). W pół roku później wystąpiły objawy przerzutów do mózgu (zaniewidzenie i zaburzenia połykowe). U kobiety 59-letniej pierwotny guz rozwinął się na podudziu po urazie. Przerzuty uciskały przypuszczalnie na nerw kulszowy, wywołując bóle i osłabienie odruchu Achillesa. Rentgenologicznie przerzutów nie stwierdzono. W ostatnim przypadku kobiety, lat 37, pierwotny guz znajdował się na prawej podeszwie, przerzuty guzowate na prawym udzie, nadto stwierdziliśmy neurologiczne objawy postępującego porażenia opuszko-

wego, z równoczesnym osłabieniem odruchów rogówkowych i zatarciem granic tarcz nerwów wzrokowych; przypuszczalne przerzuty i do rdzenia przedłużonego.

W przypadkach zatem mięsaka są następujące przerzuty:

Ulubionym miejscem przerzutów mięsaka czerniaczkowego jest ośrodkowy układ nerwowy lub jego opony; w jednym przypadku przerzuty zajęły także skórę. W przypadkach innych mięsaków, przerzuty kostne stwierdziliśmy 3 razy, przerzuty do mózgu 2 razy, do skóry raz. Należy podkreślić (według Miskolczy'ego), że przerzuty mięsakowe w ogonie końskim są rzadkie. Miskolczy stwierdza, że zajmują one korzonki rdzeniowe w miejscu ich przejścia przez oponę twardą, podobnie, jak i przerzuty rakowe.

Oprócz powyżej omówionych przypadków, w których rodzaj nowotworu nie ulegał wątpliwości, obserwowaliśmy jeszcze dwa przypadki przerzutów nowotworowych do układu nerwowego, które pod względem rozpoznania histologicznego pozostały niepewne. Pierwszy dotyczył kobiety, która w 42 roku życia przeszła operację Wertheima. Po 27 latach wystąpiła rwa kulszowa, której przyczyną były rentgenologicznie stwierdzone przerzuty nowotworowe w V kręgu lędźwiowym. Przypadek ten jest godny uwagi ze względu na niezwykle długi okres czasu, jaki upłynął między usunięciem pierwotnego guza, a wystąpieniem objawów przerzutowych. W drugim przypadku, u mężczyzny 67-letniego, przyczyną rwy kulszowej były również przerzuty nowotworowe w kręgach lędźwiowych. Równocześnie stwierdzono cukromocz i zniekształcenie kości lewego podudzia; nie stwierdzono jednak, czy te objawy należało przypisać pierwotnemu guzowi nowotworowemu, czy dalszym przerzutom.

Piśmiennictwo:

Alsberg: ref. w Zbl. Neur. T. 33. — Babonneix-Wilms: ref. w Zbl. Neur. T. 68. — Bertha: Mschr. Psych. T. 91. — Bork: ref. w Zbl. Neur. T. 56. — Brunner: Z. Neur. T. 154. — Cornwell: ref. w Zbl. Neur. T. 49. — Elkington: ref. w Zbl. Neur. T. 77. — Gotthardt: M. med. Wschr. 1933/I. — Garcin-Huguenin: ref. w Zbl. Neur. T. 78 oraz wg Vizioli. — Globus-Selinsky: ref. w Zbl. Neur. T. 47. — Grant: ref. w Zbl. Neur. T. 46. — Grünberg: ref. w Zbl. Neur. T. 27. — Hilpert: Arch. Psych. T. 77. — Hofheinz: D. Zschr. Nervheilk. T. 117—119. — Knierim: wg Hilpert'a. — Kudlich: ref. w Zbl. Neur. T. 44. — Lewis: ref. w Zbl. Neur. T. 43. — Mariani: ref. w Zbl. Neur. T. 61. — Meagher-Eisenhardt: ref. w Zbl. Neur. T. 59. — Meier: ref. w Zbl. Neur. T. 66. — Miskolczy: Arch. Psych. T. 90. — Oberndorfer: M. med. Wschr. 1933/I. — Orth: ref. w Zbl. Neur. T. 77. — Overhamm: Z. Neur. T. 98. — Parker: ref. w Zbl. Neur. T. 47. — Pedace: ref. w Zbl. Neur. T. 70. — Peter: Z. Neur. T. 89. — Petit-Dutaillis-Schmite: ref. w Zbl. Neur. T. 73. — Rich: ref. w Zbl. Neur. T. 55. — Roger-Paillas: ref. w Zbl. Neur. T. 75. — Schlesinger: ref. w Zbl. Neur. T. 50. — Siebert: D. Zschr. Nervheilk. T. 80. — Sjögren: ref. w Zbl. Neur. T. 58. — Vampré-Longo: ref. w Zbl. Neur. T. 57. — Vizioli: ref. w Zbl. Neur. T. 81. — Weitinger: ref. w Zbl. Neur. T. 48.

Dr Julian HEBENSTREIT Lwów
Asyst. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie

O stosowaniu środków bezrtęciowych w schorzeniach serca i nerek

Z Oddziału I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Ordynator: Doc. dr Wincenty Czernecki

W odróżnieniu od wywierających zbyt silne działanie uboczne moczopędnych środków grupy rtęciowej, preparaty grupy purynowej są bezsprzecznie najpotężniejszymi, nietoksycznymi środkami pomocniczymi w leczeniu niedomogi serca. One to bowiem, nie uszkadzając tkanek, wpływają bezpośrednio na odpęcznienie koloidów (i zwiększenie miejscowej zdolności tkankowej wsysania), na komórkę wątrobową oraz na komórkę nerkową. Dzięki temu wielorakiemu działaniu fizjologicznemu usuwają te przetwory obrzęki, jako też inne zmiany zastoinowe, nawet w tych przypadkach ciężkiej niedomogi krążenia, w których zasadnicze leki nasercowe z naparstnicą na czele nie są zdolne do wywołania wyraźnego działania.

Wobec trudnej rozpuszczalności klasycznego preparatu tej grupy — teofyliny i jej ubocznego, niekiedy niepożądanego, działania przy podawaniu doustnym, opracowano połączenie jej z etylenodwuaminą, dzięki czemu osiągnięto zupełną rozpuszczalność tego przetworu przy zwiększonym i znacznie rozszerzonym zakresie działania farmakodynamicznego oraz pozbawieniu szkodliwego wpływu tego przetworu na narządy trawienia.

Geofylina jest typowym połączeniem teofyliny z etylenodwuaminą w optymalnej proporcji oraz najbardziej dostosowanym do potrzeb klinicznych. Działanie jej polega na rozszerzaniu naczyń wieńcowych serca, a tym samym na odpęcznieniu włókien jego mięśnia, co wpływa bezpośrednio na siłę i wydatność skurczów. Stąd po fizjologicznym usunięciu obrzęku komórek mięśnia sercowego, następuje znaczna poprawa krążenia obwodowego i wzmożona wydatność mięśnia sercowego. Jako następny narząd, na który przetwór ten działa, należy uważać nerki, w których również skutkiem poprawy krążenia i fizjologicznego usunięcia obrzęku, następuje wzmożenie czynności bez podrażnienia miąższu, a zatem bez uszkodzenia podstawowych czynników biologicznej pracy nerek.

Dzięki wzmożonej pracy serca i nerek, pod wpływem *Geofyliny* następuje również poprawa krążenia obwodowego oraz fizjochemiczna zmiana stanu pęcznienia ciał białkowych krwi i zwiększona możliwość oddawania przez tkanki chloru, a stąd szybkie odwodnienie całego ustroju i natychmiastowe niemal ustąpienie obrzęków, jak również wzmożone oddawanie uruchomionej wody przez jelita, płuca i skórę *(perspiratio insensibilis)*.

Mając powyższe dane teoretyczne na względzie, rozpoczęliśmy systematyczne badania kliniczne za pomocą *Geofyliny* i część tych badań pozwalamy sobie przedstawić poniżej — dla należytego zobrazowania działania tego środka, co ułatwi wyciągnięcie wniosków praktycznych:

Przypadek 1. B. Ch,, lat 66. L. 65/36. Zgłasza się dnia 2. IV. na Oddział po raz trzeci z powodu bólu w okolicy serca, duszności przy chodzeniu, łatwego męczenia się, osłabienia, bólów w prawym podżebrzu i bezsenności. Mocz w zmniejszonej ilości.

Mocz: c. g. 1025; białka: ślad; w osadzie: ciałka białe, moczany; RR — 140/48 mm Hg; odczyn WR. we krwi ++++, SG. +++.

Przedmiotowo: serce 2 palce na zewnątrz linii sutkowe lewej, na prawo do przymostkowej prawej. Przysłuchowo nad końcem: szmer skurczowy i rozkurczowy; nad tętnicą główną wyraźniejszy. Wątroba 4 palce niżej łuku, w linii środkowej do pępka; w jamie brzusznej nieco płynu. Kończyny dolne ciastowato obrzękłe.

Leczenie: początkowo codziennie wstrzykiwania glukozy + + Digit. oraz *ol. camph.* + *coffein.* Moczenie w granicach 600 do 1000 cm³. Od dnia 9. IV. codziennie wstrzykiwanie *Geofyliny* — 0.24 dożylnie. Moczenie w dniach następujących znacznie się zwiększa, jak wskazuje załączona tabela I.

Pod wpływem tego leczenia stan ogólny znacznie się poprawia. Duszność mniejsza; oddech pełniejszy, głębszy. Samopoczucie lepsze; wątroba znacznie mniejsza — nieco wystaje spod łuku żebrowego.

Dnia 17. IV. *kontrola moczu:* białka nie ma.

Dnia 20. IV. chory w stanie bardzo znacznej poprawy opuszcza Oddział.

Przypadek 2. M. K., lat 37. L. 90/36. Zgłasza się dnia 26. III; podaje, że choroba rozpoczęła się przed 4 dniami bólem głowy, gorączką, dreszczami, bólem w kończynach, brakiem łaknienia, osłabieniem, obrzękami kostek. Mocz: c. g. 1026, białko: obecne (++), w osadzie bardzo liczne ciałka białe i czerwone; pole widzenia zasiane ziarnistymi i szklistymi wałeczkami; złuszczone nabłonki.

RR. 165/125 mm Hg, waga ciała 68 kg.

Wobec stwierdzenia świerzbu, chorego przeniesiono na trzy dni na Oddział Skórny, skąd po tym czasie wrócił w stanie znacznie gorszym. Wystąpiły objawy obrzęku płuc; wykonano upust krwi i wstrzyknięto dożylnie glukozę z *Geofyliną*. Diureza dobowa: 1500 cm³, 1300 cm³, 1800 cm³, 700 cm³. Po powtórnym zastosowaniu *Geophyllin + coffein. natriosalicylic.* — ilość moczu w kolejnych dniach wynosiła: 1000 cm³, 1000 cm³, 1500 cm³, 1300 cm³, 1600 cm³ itd.

Ciężar ciała 65.5 kg; w moczu ślad białka. *Geofylinę* stosowano następnie co drugi dzień.

Stan chorego po trzech tygodniach leczenia *Geofyliną* znacznie się poprawił i chory opuścił Oddział z poleceniem stosowania czopków geofylinowych przez dalsze dwa tygodnie.

Przypadek 3. A. W., lat 44. L. ch. 2 i 6/36. Przywieziony na Oddział w stanie bardzo ciężkim (*endocarditis chr. s. f. insuffic. valv. semil. aortae; glomerulonephritis chronica. Lues latens).*

Bardzo znaczne obrzęki kończyn, duszność, sinica. Mocz: c. g. 1008. Białko obecne (+++). W osadzie bardzo liczne ciałka białe i czerwone, wałeczki szkliste, ziarniste i leukocytowe. RR. 150/40 mm Hg.

Leczenie: *Coff. n-salic.* dożylnie; *Pulv. Fol. Digitalis per os* i *ol. camphor.* podskórnie, potem *Geofylina* 0.24 z glukozą dożylnie.

Dawkowanie *Geofyliny* oraz diurezę ilustruje tabelka (wykres 2).

Stan ogólny poprawia się. W moczu ślad białka, obrzęki na nogach prawie zupełnie ustąpiły. Po 2 tygodniach opuszcza Oddział ze znaczną poprawą.

Przypadek 4. J. K., lat 60. L. 274/36. *Atheromatosis, myodegeneratio cordis in stadio decompensationis.* Zgłasza się do Szpitala już po raz trzeci z objawami duszności, łatwego męczenia się, bicia serca. Obrzęki stale się zwiększają. RR. 145/105 mm Hg.

Mocz: c. g. 1015; białko obecne (+++); Essbach 15‰; w osadzie: nieliczne ciałka białe i nabłonki.

Przedmiotowo: serce powiększone, tony głuche. Wątroba powiększona; obrzęki kończyn dolnych.

Leczenie: początkowo *glukoza + coff. n. salic., następnie Novurit* i *Scillaren* dożylnie, nadto *Strofantyna, olej kamforowy i strychnina.*

Stan jednak utrzymuje się bez zmian. Moczenie w granicach 300 do 500 cm³. Po 4 tygodniach przeszliśmy na *Geofylinę* dożylnie z glukozą i już od następnego dnia stan chorego zaczął się poprawiać. W miarę stosowania *Geofyliny* (codziennie 0.24 g) obrzęki powoli się zmniejszały, duszność i inne objawy stopniowo znikały, a po 19 dniach chory opuścił Oddział ze znaczną poprawą.

Przypadek 5. R. W., lat 17. L. 294/36. *Amyloidosis renum propter tbc. pulmonum.* Podał, że choruje od 2 miesięcy z powodu zmian swoistych i zapalenia opłucnej; od 2 tygodni dołączyły się obrzęki nóg, brzucha i duszność. Moczu oddaje bardzo mało. RR. 150/80 mm Hg.

Badanie moczu: c. g. 1020; białko obecne (++).

W osadzie: ciałka białe i czerwone, przyblonki.

Ilość dobowa moczu początkowo (po zastrz. *glukozy + + Digital. + coffeina)* 500—600 cm³; po podaniu dożylnym 10 cm³ *Geofyliny* (0.24) ilość moczu zwiększyła się — 1500 cm³, 800 cm³, dochodząc po dalszych zastrzykach do 1500—2500——3000 cm³. Chory ma się znacznie lepiej. Białko z moczu znikło. Chory opuszcza Oddział w stanie znacznej poprawy.

Przypadek 6. J. Ł., lat 47. L. 460/36. *Aortitis, nephritis chron. L. latens.* Chory od roku odczuwa duszność, bicie serca, osłabienie, od 3 dni obrzęk nóg, ból w okolicy wątroby i krzyżów. RR. 185/50 mm Hg.

Odczyn W. R. we krwi ++++; S. G. we krwi +++.

Przedmiotowo: serce powiększone; nad tętnicą główną szmer skurczowy i rozkurczowy. Wątroba na 3 palce niżej łuku. W jamie brzusznej stwierdza się obecność płynu. Azot. pozab. 120‰. Mocz: białko (+++) obecne. W osadzie: ciałka białe i czerwone, wałeczki ziarniste; c. g. 1028.

Chory otrzymywał w ciągu 7 tygodni codziennie *Geofylinę* z *calcium glucon.*, przy czym co dwa tygodnie robiliśmy 3—7-dniową przerwę. Ilość dobowa moczu z 300—500 cm³ wzrosła do stałej cyfry minimalnej 1000 cm³, dochodząc do 1300 cm³. Ilość białka z 5‰ (Essbach), spadła do 1.8‰, w osadzie występowały tylko nieliczne wałeczki ziarniste i około 5 krwinek. Wymiary serca zmniejszyły się. Wątroba zmniejszyła się znacznie, kończyny bez obrzęków. Chory na własne żądanie, w dobrym samopoczuciu opuszcza Oddział.

Przypadek 7. P. T., lat 28. L. 570/36. *Nephrosis postnephritica.* Przed 7 miesiącami chory zauważył obrzęki nóg, a po kilku tygodniach twarzy, brzucha i rąk.

Mocz: białko obecne (+++); C. g. 1020; w osadzie: wałeczki szkliste, ziarniste, nieliczne ciałka białe. RR. 135/110 mm Hg.

Przedmiotowo: nad końcem serca szmer skurczowy, słyszalny też w *jugulum;* nad *art. pulmonalis* zaakcentowanie; obrzęki ogólne. Diureza po dożylnym zastosowaniu *Geofyliny* na przemian z kofeiną (co drugi dzień) wzrosła dwukrotnie i w stanie znacznej poprawy chory opuszcza Oddział po 2 tygodniach. Waga ciała wskutek odwodnienia spadła z 68 kg na 56 kg.

Przypadek 8. T. St., lat 59. L. 694/36. *Glomerulonephr.-subacuta.* W czasie leczenia w miejscowości kąpielowej z powodu rwy kulszowej stwierdził obrzęki nóg, a badanie moczu wykazało zapalenie nerek.

Mocz: c. g. 1022, białko obecne (++), Essbach 5‰.

W osadzie: nieliczne krwinki, moczany, nabłonki, szczawiany wapnia.

RR. 125/85 mm Hg. Azot pozabiałkowy 25.2‰.

Nad końcem serca podmuch skurczowy.

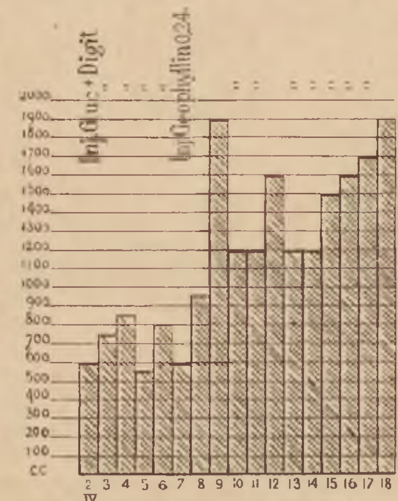
Leczenie: początkowo kofeina dożylnie. Wobec braku wyraźnej poprawy po tygodniu zastosowaliśmy *Geofylinę* dożylnie, co drugi dzień. Diureza znacznie się podniosła, utrzymując się w granicach 1000—2000 cm³ na dobę. Po 4 tygodniach chory ze znaczną poprawą opuścił Oddział, obrzęki ustąpiły prawie zupełnie. Waga: z 69.5 kg spadła na 62.5 kg.

Przypadek 9. W. C., lat 64. L. 740/36. *Myodegeneratio cordis in stadio decompensationis. Insuff. valv. mitral. Tumor hepatis, anasarca; embolia art. brachialis.*

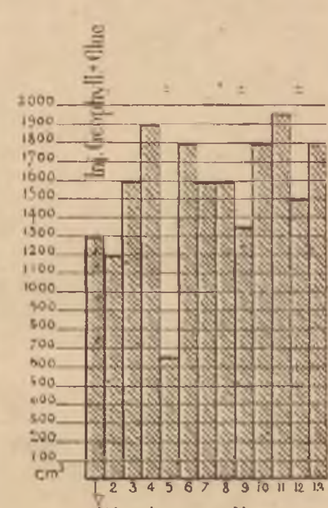
Zgłasza się do Szpitala po raz trzeci z powodu duszności, kaszlu, łatwego męczenia się, obrzęku kończyn i skąpej ilości moczu.

Badanie moczu: c. g. 1020. W osadzie bardzo wiele ciałek białych, komórki nabłonkowe, moczany. RR. 155/105 mm Hg.

Przedmiotowo: szmer skurczowy nad końcem serca, wątroba powiększona. Wstrzyknięto *glukozę* z *Geofyliną* dożylnie, ilość dobowa moczu 900 cm³. Stan chorego ciężki. Duszność coraz większa, oddech bardzo utrudniony. Ilość moczu stale się zmniejsza, chory zmarł wśród objawów zwyrodnienia mięśnia sercowego.



Wykres I.



Wykres II.

Przypadek 10. K. D., lat 54. L. 1071/36. *Emphysema pulmonum, bronchitis chron. Myodegeneratio cordis in st. decompensationis. Atheromatosis. Lues latens.*

Objawy: duszność, ból w okolicy serca, występujący napadowo przy chodzeniu.

Badanie moczu: białko obecne.

W osadzie: 3—6 c. białych, komórki nabłonkowe. RR. 170/120 mm Hg.

Przedmiotowo: serce wypukiem powiększone. Przysłuchowo nad końcem pierwszy ton nieczysty, drugi nad tętnicą główną zaakcentowany. Wątroba powiększona, sięga trzy palce niżej łuku.

Leczenie: wstrzyknięto *Geofylinę.* Diureza znacznie większa. RR. 135/120 mm Hg. Pod wpływem dalszego stosowania *Geofyliny* stan ogólny chorego znacznie lepszy. Wątroba pod łukiem. Obrzęki nieznaczne. Chory opuszcza Oddział po 2 tygodniach w stanie bardzo dobrym na własne żądanie.

Przypadek 11. G. M., lat 52. L. 1119/36. Zgłasza się wskutek duszności, łatwego męczenia się i wymiotów. Bezsenność z powodu duszności. Rozpoznanie: *glomerulonephritis chronica.*

Badanie moczu: białko obecne. C. g. 1020.

W osadzie niewiele ciałek czerwonych, ciałka białe i wałeczki ziarniste.

Przedmiotowo: serce wypukiem (na lewo 2 palce na zewnątrz linii sutkowej lewej, na prawo do przymostkowej prawej) powiększone, przysłuchem nad końcem pierwszy ton nieczysty, nad tętnicą główną — pierwszy ton z podmuchem. Wątroba sięga na palec poniżej łuku. RR. 180/50 mm Hg. Stan ogólny dość ciężki. Pod wpływem *Geofyliny* (codziennie dożylnie 0.24), diureza się zwiększa, a stan ogólny poprawia się. Po 20 dniach wypisany ze znaczną poprawą.

Przypadek 12. O. Sz., lat 26. L. 1547/36. *Endocarditis chronica. Glomerulonephritis chronica.* Zgłasza się z powodu utraty mowy przed 4 tygodniami; bóle w podżebrzu i okolicy lędźwiowej prawej.

Badanie moczu: białko obecne; C. g. 1020.

W osadzie: 10 ciałek białych, 2—3 c. czerwonych, bardzo liczne wałeczki ziarniste, złuszczone nabłonki. RR. 165/125 mm Hg.

Przedmiotowo: serce nieznacznie powiększone, przysłuchem nad końcem szmer skurczowy, czynność serca niemiarowa. Wątroba sięga do pępka. Początkowo stosowano naparstnicę, glukozę i kofeinę; obrzęki utrzymywały się, a nawet w pewnym okresie się zwiększyły. Następnie zastrzykiwano dożylnie przez

6 dni z rzędu *Geofylinę* (0.48) *z glukozą*, po czym diureza znacznie się wzmogła (z 600 cm^3 na 1200 cm^3); badanie moczu wykazało: c. g. 1012 (poprzednio 1020). Białka brak, w osadzie nieliczne ciałka białe. Chory opuścił Oddział w stanie znacznej poprawy.

Przytoczone przypadki wybrane są na podstawie dwuletniego stosowania *Geofyliny* na naszym Oddziale, a za tym z okresu, który może dać już pewne ścisłe dane o wartości środka leczniczego.

Równolegle stosowano u nas wszystkie niemal znane środki nasercowe i moczopędne z naparstnicą, *kofeiną*, cebulą morską itp. na czele (w grupie *cardiaca)* oraz *teofyliną, eufyliną, Salyrganem, Novuritem, Novasurolem* i *dehydrytem. Geofylinę* stosowano domięśniowo w rozczynie wodnym (0.48 *Geophyllini in* 2 cm^3 *aq. destill.* — ampułki oryginalne) lub dożylnie (0.24 *Geophyllini in* 10 cm^3 *aq. dest.* lub *glucosae 40% sterilis* oraz w postaci czopków po 0.36 *Geophyllini.*

Zupełna niemal nietoksyczność przetworu pozwalała na stosowanie go co drugi dzień, a w przypadkach cięższych nawet codziennie przez dłuższy okres, w zależności od ciężkości przypadku. Stanowi to zasadniczą zaletę *Geofyliny* w porównaniu ze środkami moczopędnymi grupy rtęciowej, które stosuje się raz na 5—6 dni i to w ilościach nie wystarczających niekiedy do uzyskania polepszenia, z powodu toksyczności preparatów i spostrzeganych często objawów drażnienia miąższu nerek.

Szeroki zakres preparatu jest główną jego zaletą: od dławicy bolesnej (w której *Geofylina* działa niemal swoiście), dychawicy sercowej, obrzęków i opuchlin na tle sercowym, do stanów zapalnych nerek i mocznicy włącznie. Objawy nadciśnienia nie stanowią przeciwwskazania dla *Geofyliny*, a raczej są jednym ze wskazań zasadniczych (*Geofylina* z glukozą lub naparstnicą (Strauss)). Oto skala zastosowania *Geofyliny.*

Szczególnie podkreślić należy doraźny wprost skutek działania *Geofyliny* w dławicy bolesnej, w której usuwa na czas dłuższy wszystkie objawy przedmiotowe (ból, lęk przed śmiercią, uczucie ucisku, i zamierania, brak tchu itp.). Dzieje się to zasadniczo wskutek obniżania przez etylenodwuaminę ciśnienia krwi (Cloetta: *Arch. J. exp. Path. u. Pharmakologie.* T. 93) oraz przez wydatne rozszerzenie naczyń wieńcowych serca.

Na podstawie naszych spostrzeżeń możemy wysnuć wniosek, że *Geofylina* jest jednym z najbardziej energicznych, nieszkodliwych dla ustroju środków nasercowych i moczopędnych, dających doskonałe wyniki nawet w przypadkach, gdzie wszelkie inne środki zawodzą.

Anastazy LANDAU i Leonard DELOFF Warszawa

Ostre kłębuszkowe zapalenie nerek z obrzękami i wyjątkowo wysokim poziomem chloru we krwi [1])

Z I Oddziału Wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie
Ordynator: Dr Anastazy Landau

Chora S. A., lat 48, zauważyła na tydzień przed przybyciem do Szpitala obrzmienie twarzy, podudzi i powłok brzusznych; w tym samym czasie zmniejszyła się ilość oddawanego moczu, wystąpiło gorsze samopoczucie, bóle głowy, upadek sił i łaknienia.

W dzieciństwie chorowała na ospę wietrzną i dur brzuszny, przed 20 laty miała przechodzić bezbólowo przebiegającą żółtaczkę.

Badanie na Oddziale wykazało, co następuje.

Twarz obrzmiała, blada. Na krzyżu, powłokach brzusznych i kończynach dolnych obrzęki. W lewej opłucnej nieduża ilość wolnego płynu. Płuca bez objawów chorobowych. Serce powiększone w miernym stopniu, głównie lewa komora. Wszędzie nad sercem dwa głośne tony, II nad tętnicą główną nieco kłapiący. Tętno miarowe, rzadkie, 60 na min., dobrze wypełnione i napięte. Ciśnienie krwi wzmożone 175/100. W jamie brzusznej objawy wolnego płynu. Wątroba i śledziona niemacalna. Odruchy oczne, ścięgnowe i okostnowe normalne.

Badania pracowniane

Mocz. Odczyn kwaśny. C. gat. 1.023. Białka — 5‰.

W osadzie do 30 ciałek czerwonych w polu widzenia i do 20 ciałek białych; 1 wałeczek ziarnisty co kilka pól widzenia.

Krew morfologicznie: Hb. 70%. Ciał. czerw. 3,250.000. Ciał. białych 4.600, w tym: baz. 0, eoz. 1,5, pałeczk. 1,0, segm. 49,0. limfoc. 48,0, monoc. 0,5%.

Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi ujemny.

Opadanie krwinek 22 mm/godz. i 51 mm/2 godz.

Krew chemicznie. Mocznik we krwi w dniu przybycia zwiększony: 1,2‰.

Kwasu moczowego — 112,6‰.

Kreatyniny — 39‰.

Zasób zasad osocza żylnego zmniejszony — 42,8 cm CO_2% co przy kwaśnym odczynie moczu oznacza kwasicę niegazową.

Chlorki we krwi znacznie zwiększone i to zarówno w osoczu, jak i w krwinkach:

w krwinkach — 2,27‰, a w 3 dni później nawet *2,31‰*;
w osoczu — 3,87‰, a w 3 dni później nawet *3,97‰*;

wskaźnik $\frac{\text{Cl krw.}}{\text{Cl. os.}}$ = 0,58 a w 3 dni później nawet 0,54.

Krwinki stanowią 36% objętości krwi całkowitej, a za II razem 28,9% — co dowodzi rozwodnienia krwi.

Białka w osoczu — 6,85% (odsetek nieco zmniejszony).

Albuminy zmniejszone: 3,01%.

Globuliny — 3,68%.

Wskaźnik $\frac{\text{Alb.}}{\text{Glob.}}$ wyraźnie odwrócony, = 0,82.

Cholesteryny — 1,8‰.

Dobowa wydajność moczu w ciągu pierwszych kilku dni była nieduża, od 500 do 800 cm^3, o c. gat. 1,015—1,020 i zawartości Cl od 1,84 do 2,98 na dobę.

Stała Ambarda znacznie podwyższona: 0,65.

Zdolność koncentracyjna nerek trochę niedostateczna, wykazując w próbie koncentracyjnej najwyższe stężenie do 1,026; zdolność rozcieńczania przy próbie wodnej po wprowadzeniu na czczo 1,5 litra herbaty również nieco upośledzona — do c. g. 1,003.

Wydalanie fenolsulfoftaleiny bardzo skąpe: barwik ukazuje się w moczu dopiero po 35 min.; po godzinie chora wydaliła go zaledwie 8%, a po 2 godzinach 13%, ogółem 21% (zamiast normalnych 60%).

Leczenie. W ciągu 4-tygodniowego pobytu na Oddziale chora otrzymywała dietę bezsolną i bezmięsną; poza tym codziennie wlewania dożylne glukozy 20% oraz doustnie roztwór octanu potasu.

Podczas 4-tygodniowego leczenia szpitalnego uzyskano znaczną poprawę. Chora straciła przesięki jamy opłucnej i otrzewnej, obrzęki zniknęły całkowicie, w ciągu 3 tyg., waga zmniejszyła się o 13 kg. Diureza wzrosła po kilku dniach ponad litr i doszła po tygodniu prawie do 3 litrów na dobę. Białko moczu spadło z 5‰ do 0,03‰, czyli do śladów. Krwinki w osadzie moczu, utrzymując się nadal, zmniejszyły się do 2—3 w polu widzenia.

Ciśnienie krwi obniżyło się do liczb prawidłowych: 115/70.

Poziom mocznika wrócił do normy: 0,24‰.

Wydalanie fenolsulfoftaleiny wzrosło do 40% po 2 godz.

Zawartość Cl we krwi wróciła do granic prawidłowych: Cl krwinek — 1.88‰, Cl osocza — 3,52‰, przy zasobie zasad 47,9 cm^3 CO_2%.

Stała Ambarda zmniejszyła się do 0,13.

Przystępując do rozbioru danego przypadku ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek, musimy podkreślić dwa uwydatnione tu zespoły:

1) nerczycowy — ujawniający się zaburzeniami gospodarki wodnej z obrzękami na obwodzie i przesiękami do jam ciała, rozwodnieniem krwi i spadkiem frakcji albuminowej surowicy krwi do 3% z odwróceniem stosunku $\frac{\text{Alb.}}{\text{Glob.}}$ = 0,82.

2) Kłębuszkowy — ujawniający się krwiomoczem, upośledzoną zdolnością stężania moczu, zatrzymywaniem składników azotowych i produktów kwaśnych, skąpszym wydalaniem barwika, wysoką liczbą Ambarda, miernym przerostem serca i nadciśnieniem.

Szczegółowego omówienia wymaga tu zachowanie się chloru we krwi, gdyż wybitne zakłócenie równowagi w tej dziedzinie skłoniło nas właśnie do przedstawienia tego przypadku.

Widzieliśmy, iż tak, jak w klasycznych doświadczeniach Widala, pod wpływem diety bezsolnej chora nasza początkowo traciła wodę i chlorki, tak że w ciągu 3 tygodni straciła całkowicie obrzęki i przesięki, a ubytek na wadze wynosił 13 kg; diureza wzrosła z ½ litra do 3 litrów. Ilość wydalanego z moczem chloru wzrosła przeciętnie do 8 g na dobę. Po upływie

---

[1]) Referat wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Internistów dnia 29 stycznia 1938 roku.

3 tygodni, kiedy chora odwodniła się dostatecznie, diureza zmniejszyła się do 1½ litra na dobę. Waga przestała się zmniejszać — niemniej ilość wydalanych na dobę Cl przewyższała nadal podaż i stale wynosiła około 8 g na dobę. W tym okresie utracie chloru nie towarzyszyła już równoległa utrata wody.

W pierwszym okresie obserwacji ustrój chorej reagował na zatrzymany dopływ chloru, tak jak w nerczycach: utratą wody obrzękowej z zawartym w niej chlorem.

W drugim okresie obserwacji, to samo wydalanie Cl nie pociągało już za sobą utraty wody. Wydalany chlor nie pochodził tu z płynu obrzękowego, lecz był pochodzenia tkankowego, tak jak to widzimy w tzw. suchym zatrzymaniu chlorków.

Widzieliśmy wyżej, jak dalece poziom chloru we krwi był zwiększony; najwyższe jego liczby wynosiły: Cl w krwinkach — 2,31‰ i Cl w osoczu — 3,97‰.

Pragnęlibyśmy tu dodać, że liczby te, charakterystyczne najczęściej dla tzw. suchego zatrzymania Cl, są najwyższymi w naszej dotychczasowej obserwacji szpitalnej, choć w piśmiennictwie można znaleźć jeszcze wyższe.

Pod wpływem diety wybitnie mało chlorowej liczby te stopniowo obniżały się tak, że w ostatnich dniach pobytu chorej na Oddziale poziom chloremii wykazywał już stosunki prawidłowe: Cl krwinek — 1,88‰, Cl osocza — 3,52‰.

Czy jednak, opierając się na wybitnie zwiększonych liczbach chloremii, możemy myśleć tu o zespole suchego zatrzymania chloru?

Z całą pewnością nie!, gdyż wysokiej chloremii towarzyszyły obrzęki — zamiast wysuszenia, i rozwodnienie krwi — zamiast jej zagęszczenia.

Jak wiadomo, według Bluma, sprawę nerkową obrzękową (*nephrite hydratante)* charakteryzują następujące objawy:

1) obecność obrzęków i przesięków,

2) rozwodnienie krwi i osocza,

3) obniżony, a w każdym razie nie przekraczający normy, poziom Cl w osoczu i krwinkach,

4) zatrzymywanie Cl i Na ze znaczną przewagą Na, przy tym Na ma być jonem obrzękotwórczym, podczas gdy Cl związany częściowo z innymi jonami, np. Ca i K, właściwości tych nie posiada.

Poza tym do cech tego zespołu należą również:

5) zmniejszenie poziomu białek krwi z przewagą globulin i odwrócenie wskaźnika $\frac{\text{Alb.}}{\text{Glob.}}$,

6) zmniejszenie odsetka objętościowego krwinek we krwi całkowitej poniżej 45%;

7) badanie zawartości Cl w tkankach wykazuje ilości prawidłowe.

Zespół suchego zatrzymania chlorków, wyodrębniony przez Ambarda cechują:

1) zmniejszenie zawartości wody we krwi i tkankach,

2) ujemny bilans Cl przy diecie bezsolnej,

3) poziom Cl w osoczu, krwinkach, płynie mózgowo-rdzeniowym i tkankach, znacznie powyżej liczb prawidłowych; co do zawartości Na we krwi, to ma być on, wg Bluma, poniżej normy.

Nasz przypadek łączy w sobie cechy I zespołu; stwierdzamy bowiem zaburzenie gospodarki wodnej (obrzęki i przesięki), rozwodnienie krwi, odwrócenie stosunku $\frac{\text{Alb.}}{\text{Glob.}}$, zmniejszenie odsetka objętościowego krwinek z niektórymi cechami II zespołu, na który składają się tu: bardzo wysoki poziom chloru w krwinkach i osoczu oraz ujemny bilans Cl w okresie odwodnienia.

O takim nietypowym zachowaniu się chloru w niektórych przypadkach choroby Brighta o cechach mieszanych, łączących oba zespoły, jak u naszej chorej, wspominał już w swoich pracach Ambard, jednak bardzo krótko, jakby między wierszami.

Dopiero Blum, stwarzając wyraźną klasyfikację zaburzeń w przemianie chlorowo-sodowej wyodrębnił poza dwoma opisanymi wyżej zespołami — trzeci, nazwany przez niego w 1926 r. *nephrite à retention mixte,* a później w 1931 r. *retention chlorurée hydratante* — zatrzymanie chloru obrzękotwórcze.

Według Bluma, zespół ten charakteryzuje ostre i podostre zapalenie nerek. Będą to chorzy z obrzękami i przesiękami, bardzo wysoką zawartością Cl w krwinkach, osoczu, płynie mózgowo-rdzeniowym i tkankach, z nieznaczną przewagą jonu Na nad Cl, z rozwodnieniem krwi. W pierwszym okresie leczenia dietą bezsolną, tracą oni zatrzymaną wodę i Cl, później po odwodnieniu sam Cl tak, jak w suchym zatrzymaniu Cl. Blum, przypisując decydujące znaczenie jonowi Na na stan uwodnienia ustroju, uważał, że w nerczycach obrzękowych jon ten zatrzymuje się w znacznie większej mierze, niż Cl, tak, że ilość zatrzymanych drobin Na znacznie przewyższa ilość drobin zatrzymanego Cl. W suchym zatrzymaniu Cl — Na nadmiernie ucieka z ustroju tak, że powstaje tu stan odwrotny — chloru jest znacznie więcej niż Na, a to warunkuje raczej wysuszenie ustroju przy hiperchloremii i chloropeksji. W odmianie mieszanej, cechującej ostre postacie choroby Brighta, oba jony są zatrzymywane prawie równomiernie z nieznaczną przewagą Na, co powoduje niewielkie zatrzymywanie się wody — stąd obrzęki obok chloropeksji tkankowej i hiperchloremii.

Nasz przypadek, w którym według klasyfikacji Volhard'a rozpoznajemy ostre kłębuszkowe krwotoczne zapalenie nerek z domieszką nerczycową (*mit nephrotischen Einschlag),* jest klasycznym przykładem takiego zespołu o cechach mieszanych. Stosunkowo mało rozpowszechniona jego znajomość oraz wyjątkowo wysokie liczby chloremii skłoniły nas do przedstawienia i omówienia tego przypadku.

Anastazy LANDAU i Leonard DELOFF Warszawa

Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie płuc z rozstrzeniami oskrzeli pochodzenia kiłowego [1])

Z I Oddziału Wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie
Ordynator: Dr Anastazy Landau

Kiła płuc w ostatnich czasach coraz rzadziej jest rozpoznawana. Ilość przypadków kiły płucnej opisywanych w piśmiennictwie światowym jest ostatnio znikomo mała. Dzieje się tak dlatego, że z jednej strony jesteśmy bardziej krytyczni w rozpoznawaniu, a z drugiej — rozpoznanie zupełnie pewne jest wyjątkowo możliwe nawet dla anatomo-patologa; poza tym niewątpliwie krętek blady rzadko atakuje płuca.

O rzadkości kiły płucnej wyrażali się niejednokrotnie ftizjolodzy różnych krajów na zjazdach przeciwgruźliczych. Haring np. w 1932 r. podawał, że na 20.000 chorych, leczonych na różne choroby w Halle w ciągu 5 lat, kiłę płuc rozpoznano zaledwie 27 razy. Inni, nawet Amerykanie, operujący wielkimi liczbami, spostrzegali zaledwie pojedyncze przypadki w ciągu pięciolecia.

Skłania to nas do przedstawienia przypadku, w którym śródmiąższową kiłę płuc rozpoznajemy z dużym prawdopodobieństwem.

Chora O. E., lat 51, zgłosiła się do Szpitala dnia 2 lipca 1937 r. (Nr K. 819) z powodu trwającego od 2 lat upadku sił, bólów w klatce piersiowej i duszności.

Żadnych ostrych chorób płucnych nigdy nie przechodziła; nigdy dużo nie pluła. Obecnie ma niewielki kaszel i odpluwa z rana około 100 cm³ plwociny śluzowo-ropnej. Krwią nigdy nie pluła.

Do 1935 r. zawsze uważała się za zdrową. Dopiero przed 2 laty wzrastający upadek sił i bóle w klatce piersiowej skłoniły chorą do leczenia.

W 1916 r. mąż chorej miał zarazić się kiłą. Przed kilkunastu laty chora przebyła dwa samoistne poronienia.

W 1935 r. odczyn Bordet-Wassermanna wypadł we krwi chorej silnie dodatnio. W następstwie tego poddała się dwom leczeniom przeciwkiłowym.

Badanie chorej na Oddziale wykazało:

Budowa prawidłowa. Odżywienie upośledzone. Skóra blada z odcieniem szarawo-sinawym, bez obrzęków.

Chora chodzi, jednak z pewnym wysiłkiem.

Ciepłota przez cały czas pobytu szpitalnego poniżej 37°.

Źrenice równe, oddziaływują na światło i zbieżność.

Jama ustna i nosowo-gardzielowa bez uchwytnych zmian.

Klatka piersiowa asteniczna. Oddech powierzchowny, typu mieszanego, 38—30 na 1 min. Pojemność płuc życiowa wyjątkowo niska: 500 cm. Płuca o granicach nieco obniżonych, w dole nieprzesuwalnych; w górnych częściach do połowy łopatek wypuk skrócony; wdech zaostrzony, wydech oskrzelowy, przy wdechu dość liczne rzężenia drobno- i średnio-bańkowe, więcej po stronie prawej. W dolnych częściach płuc wypuk z odcieniem bębenkowym, wdech i wydech osłabiony.

Serce nie powiększone. Tony czyste, u podstawy II głośniejszy. Czynność serca miarowa, około 100 na 1 min. Ciśnienie krwi: 115/80.

W jamie brzusznej zmian nie znaleziono. Wątroba i śledziona niemacalne.

Odruchy kolanowe i ścięgna Achillesa obecne.

---

[1]) Referat wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Internistów dnia 29 stycznia 1938 roku.

Mocz: bez składników nieprawidłowych.

Krew morfologicznie: Hb. — 90%, ciał. czerw. 4,500.000, I = 1,0, ciał. białych: 6.500, w tym: kwasochłonnych 3%, pałeczkowatych 6%, podzielonych 43%, limfocytów 40%, monocytów 2%.

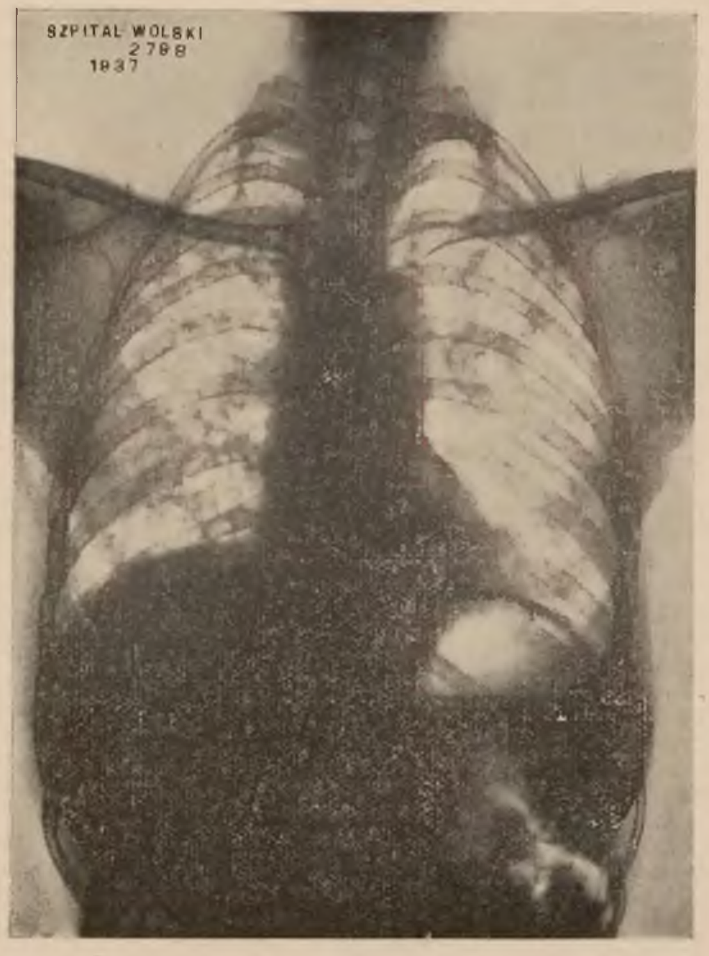
Opadanie krwinek: 30 mm/godz., 60 mm/2 godz.

Odczyn WR we krwi (—); w płynie mózgowo-rdzeniowym (+).

Plwocina śluzowo-ropna, początkowo około 100 cm^3 na dobę, później mniej — do 20 cm^3.

Prątki kwasoodporne stale nieobecne.

Badanie radiograficzne klatki piersiowej z dnia 5. VII. 1937: „W obu polach płucnych i w dolnych częściach szczytów widoczny jest gruby, siatkowaty rysunek płucny. Pomiędzy oczkami siatki drobne rozjaśnienia o wyglądzie drobniutkich licznych jamek. Obraz może odpowiadać rozstrzeniom oskrzelowym w całych płucach, z obfitymi zgrubieniami łączno-tkankowymi w miąższu. Przepona słabo ruchoma po obu stronach. Wymiary serca niepowiększone. Tętnica główna miernie rozszerzona“ (dr W e r k e n t h i n).



Radiografia klatki piersiowej
W obu polach płucnych gruby siatkowaty rysunek płucny z drobnymi wyjaśnieniami o wyglądzie jamek

Wobec takiego wyniku radiografii, przy stałym braku prątków w plwocinie, uzupełniono badanie najpierw podskórną próbą tuberkulinową, a potem dokonano bronchografię.

Próby z 0,2 mg i z 1,0 mg tuberkuliny, wstrzykniętej podskórnie, wypadły ujemnie: nie dały odczynu ogólnego — ciepłota mierzona co 2 godz. w ciągu 3 dni utrzymywała się stale poniżej 37°; ani miejscowego — brak było wyraźnego nacieczenia i zaczerwienienia skóry w okolicy zastrzyku; ani ogniskowego — brak uchwytnego nasilenia się objawów płucnych.

Stały brak prątków w plwocinie, całkowicie nietypowy dla gruźlicy radiologiczny obraz płuc — wolne szczyty przy rozległych zmianach obu płuc o cechach zmian przewlekłych, wreszcie ujemny wynik podskórnej próby tuberkulinowej — upoważniały nas do wyłączenia etiologii gruźliczej.

Dokonana bronchografia potwierdziła interpretację obrazu pierwszego badania radiologicznego, wykazując rozległe i uogólnione zmiany drzewa oskrzelowego w obu płucach:

„Lipiodol uwidocznił oskrzela obu płuc za wyjątkiem oskrzeli w szczytach. Po stronie prawej wszystkie oskrzela płata górnego są porozszerzane nieznacznie paciorkowato i walcowato, tak iż przekroje ich są wielkości ziarna grochu i pieprzu. W płacie środkowym również pojedyncze rozstrzenie. Po stronie lewej w środkowej części płuca niektóre gałązki są również porozszerzane paciorkowato. W dolnych płatach nie stwierdza się wyraźnych rozstrzeni, ale przebieg oskrzeli jest miejscami nieprawidłowy i powyginany. Prawa zatoka przeponowo-żebrowa tylna zarośnięta i oskrzela do niej nie dochodzą“ (dr W e r k e n t h i n) (4. VII. 1937).



Bronchografia
Po stronie prawej w płacie górnym i środkowym oskrzela są porozszerzane paciorkowato i walcowato. To samo w części środkowej płuca lewego

Chora otrzymała na Oddziale leczenie swoiste jodowo-bizmutowo-salwarsanowe. W ciągu 9-miesięcznej obserwacji szpitalnej nigdy nie miała podwyższonej ciepłoty. Dane badania fizykalnego i radiologicznego nie wykazywały poprawy; zmniejszyła się jedynie ilość odkrztuszanej plwociny.

Z jakim schorzeniem płucnym mamy tu do czynienia? Że nie jest to gruźlica — była o tym mowa wyżej. Chora nie przechodziła nigdy ostrych chorób płucnych, nie możemy zatem uważać obecnych zmian za zejście ostrej sprawy płucnej. Zresztą jaka ostra sprawa płucna da w następstwie rozległe obustronne zmiany bliznowate, atakując wybiórczo prawie całe drzewo oskrzelowe obu płuc?

Wyłączywszy etiologię gruźliczą i ostro infekcyjną, pylicę z powodu braku momentu usposabiającego, musimy przyjąć, że najbardziej prawdopodobna i jedyna możliwa jest tu etiologia kiłowa.

Wprawdzie podczas obserwacji szpitalnej odczyny serologiczne we krwi wypadły ujemnie i jedynie w płynie mózgowo-rdzeniowym były słabo dodatnie, nie było również objawów kiły w innych narządach, ale przypisać to chyba należy przebytemu dwukrotnie leczeniu przeciwkiłowemu.

Kiłę płuc rozpoznajemy tu nie tylko na mocy wyłączenia innych schorzeń płucnych, szczególniej gruźlicy, u osobnika kiłowego, ale również dlatego, że opisany obraz zmian płucnych jest tu typowy dla śródmiąższowej kiły płucnej. Nie ma wprawdzie obrazów radiologicznych patognomonicznych dla kiły płucnej i rozpoznanie może mieć tylko cechy prawdopodobieństwa — musimy jednak stwierdzić, że tak właśnie wyglądają najczęściej

przypadki kiły śródmiąższowej, potwierdzone anatomo-patologicznie.

Zresztą niezwykle rzadkie i ostrożne rozpoznania anatomopatologa również wynikają w pewnej mierze z trudności rozpoznania kiły płucnej na stole sekcyjnym.

Wiemy, że może ona przebiegać pod postacią odosobnionych kilaków płucnych, co zdarza się najrzadziej, lub śródmiąższowych bliznowatych zmian, co jest zjawiskiem o wiele częstszym. Tkanka łączna, otaczając liczne drobne kilaki, biegnie od wnęki promienisto wzdłuż naczyń i oskrzeli ku opłucnej na obwodzie, wnika do przegród międzypłatowych, jakby mankietem otacza oskrzela i oskrzeliki, powodując zniszczenie ich ścian. Wszystkie badania stwierdzają wielkie, jak w żadnym innym schorzeniu, powinowactwo kiły do oskrzeli, co daje w następstwie skręcanie, wyginanie się, załamywanie, rozstrzenie itp. zmiany oskrzeli. Pod względem klinicznym wyjątkowo opisywane są postacie, szczególniej w dawniejszych obserwacjach, o ostrym pneumonicznym przebiegu, ustępujące pod działaniem jodu i rtęci. Przeważnie mamy przypadki bardzo przewlekłe, przebiegające skrycie i dające jedynie objawy rozedmy i przewlekłego nieżytu oskrzeli.

Leczenie swoiste, stosowane w przypadkach świeższych, daje dobre wyniki; w zmianach anatomicznie nieodwracalnych, jak u naszej chorej, nie jest w stanie sprowadzić zmian w obrazie radiologicznym ani fizykalnym.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE

Prof. dr W. REIS — Lwów

XV Międzynarodowy Zjazd Okulistyczny w Kairze (8—14 grudnia 1937 r.)

(Wykład ilustrowany przeźroczami, wygłoszony na posiedzeniu naukowym Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 25 lutego 1938 roku)

Różne drogi prowadzą do Egiptu — od rozmaitych towarzystw okrętowych otrzymaliśmy propozycje wyjazdu z Marsylii, Genui lub Triestu; dla nas jednakże najkrótszą i najtańszą była droga przez Konstanzę rumuńskim okrętem „Dacia". „Polonia" w owym czasie była nieczynną. Ze Lwowa wyjechaliśmy z końcem listopada w towarzystwie kol. dr Naroga; w Konstanzy zastaliśmy deszcz i wiatr, a w nocy po odjeździe statku szalała gwałtowna burza na Morzu Czarnym. Nad ranem dopiero przed cieśniną Bosforu morze się uspokoiło. Poznaliśmy dalszych uczestników podróży. Wraz z nami z Polski tym samym okrętem jechali: prof. Abramowicz z Wilna, profesorowie Melanowski i Szymański z Warszawy oraz radca ministerialny dr Zachert. Poza tym byli na statku okuliści z Rumunii, Bułgarii i Jugosławii; w Stambule wsiadł prof. Igersheimer, a w Atenach przyłączył się do nas prof. Pascheff z Sofii i prof. Nordenson ze Stockholmu, przewodniczący Międzynarodowego Komitetu Okulistycznego.

Już w Bosforze zajaśniało słońce — do Stambułu przybyliśmy wieczorem.

Kto by w dzisiejszym Stambule szukać chciał dawnego wyglądu Konstantynopola, typowego dla Wschodu miasta, ten doznałby rozczarowania. Dziś Stambuł stał się miastem europejskim — na ulicach nie widać fezów, kobiety z odsłoniętą twarzą, wszędzie napisy literami łacińskimi.

Pod przewodnictwem znanego nam z poprzedniej wycieczki przewodnika, byliśmy obecni na uroczystym nabożeństwie w niebieskiej moszei Achmeda, odbytym z okazji święta Ramazanu. W nocy minarety wszystkich świątyń przedstawiały niezwykły widok, każdy minaret był w górze otoczony jednym lub trzema pierścieniami elektrycznych lampek, które na tle nocy jeszcze bardziej podnosiły smukłą linię budowy.

Zwiedziliśmy cysterny z epoki Justyniana, podziemne zbiorniki wody słodkiej, które w ciężkich dla miasta czasach, jak oblężenie, zaopatrywać miały mieszkańców w wodę do picia. Dziś jest to olbrzymi zbiornik wody, którego sklepienie podtrzymywane jest przez trzysta, dobrze jeszcze zachowanych koryndzkich kolumn. Łódź służąca do przejażdżki sprawia wrażenie, że jesteśmy w jakiejś podziemnej Wenecji.

Na drugi dzień jechaliśmy przez Morze Marmara i cieśninę Dardanelską, z dala omijając brzeg Małej Azji, na którym niegdyś wznosiła się Troja.

Na trzeci dzień o cudownej pogodzie przybyliśmy do Aten. Całe miasto i wzgórze Akropolis zalane było słońcem; już z daleka z rozmaitych punktów drogi lśniły na szczycie bielą ruiny dawnych świątyń. U stóp Akropolis widać resztki wspaniałych kolumn ze świątyni Zeusa, dalej w górze ponad sławne Propyleje na szczycie Erechteion i Partenon przykuwają do siebie uwagę. Obeszliśmy dookoła wzgórze, widzieliśmy w dole amfiteatr, gdzie grywano sztuki Sofoklesa, pokazywano nam miejsce, gdzie przechadzał się Platon ze swymi uczniami i aeropag — siedzibę gerontów. Widzieliśmy nowe Ateny, uniwersytet o doryckich, bibliotekę o jońskich kolumnach, z wysoko ustawionymi posągami Ateny i Apollina, po czym przez Faleron wróciliśmy do portu Pireus.

Odjazd nastąpił wieczorem, gdy miasto już było oświetlone. Miało się wrażenie, że jakaś wstęga brylantowa otacza dookoła ciemny już Akropolis. Światła rozmieszczone na olbrzymiej półkolistej przestrzeni drgały niespokojne, jak na Zaduszkach i sprawiały może silniejsze wrażenie, niż oświetlenie Neapolu lub Kalabrii.

Jeszcze jeden dzień na pokładzie okrętu — morze spokojne jak lustro.

W sobotę, 4 grudnia, o godz. 8 rano, przybiliśmy do portu w Aleksandrii.

I tu przybysza z północy ogarnia powiew prawdziwego Wschodu.

Na okręcie ludzie biali, na placu przed przystanią czarni lub bronzowi, z fezami czerwonymi lub turbanami białymi na głowie; hałas i zgiełk. Z chęcią też przyjmuje się propozycję Cooka, który podejmuje się załatwić wszystkie formalności portowe i nas samych oraz bagaż dostawić do hotelu.

Właściwe miasto i hotele mieszczą się nad morzem w miejscu, gdzie się przed wiekami znajdował port. Dziś jest to promenada ciągnąca się wzdłuż morza, która w dalszym ciągu prowadzi do miejscowości kąpielowej S. Stefano.

Po trzygodzinnej podróży pulmanowskim ekspresem, przybyliśmy z Aleksandrii do Kairu, w którym Zjazd się odbywał.

W porównaniu ze zjazdem w Amsterdamie, ilość uczestników zjazdowych była mniejszą, według spisu ogłoszonego w przewodniku zjazdowym, tzw. „*livret-guide*", ofiarowanym wszystkim członkom Zjazdu przez miejscowy komitet organizacyjny, ilość zgłoszonych członków wynosiła około 560. Z tych jednakże nie wszyscy przyjechali.

Narodowości reprezentowanych było około 40.

Największa ilość uczestników zgłoszona była ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz Ameryki Południowej (razem 124), z Egiptu 98, z Anglii 48, z Włoch 40, z Francji 32, z Niemiec 22, z Palestyny 20, z Indyj 17, z Rumunii 16, z Polski zgłoszonych 14 (na Zjeździe było nas 10). W skład oficjalnej rządowej delegacji polskiej, której przewodniczącym był b. marszałek Senatu prof. Szymański, wchodzili: Lauber, Melanowski, Reis i Zachert.

Biura kongresu znajdowały się w hotelu Semiramis, gdzie też odbywały się wszystkie posiedzenia naukowe. W sali, przeznaczonej na wykłady rozmieszczone były megafony, które umożliwiały słuchanie wykładów nawet w miejscach sali oddalonych od prelegenta.

Hotel Semiramis jest to jeden z najnowszych hoteli o olbrzymich rozmiarach i jedyny, położony nad brzegiem Nilu. Z terasy hotelowej można było obserwować życie na Nilu; łodzie żaglowe, wspaniały most (Ismail Bridge) i przy zachodzącym słońcu z daleka widne, jak zjawa, piramidy z Gizeh.

Otwarcie Zjazdu nastąpiło dnia 8 grudnia 1937 r. o godz. 10 rano w olbrzymiej auli nowego Uniwersytetu, położonego wśród ogrodów, po drugiej stronie Nilu, w Giza. Młody Król Faruk I w kilku słowach otworzył Zjazd, po czym nastąpiły przemówienia powitalne ministra higieny publicznej, przewodniczącego międzynarodowej Rady okulistycznej i reprezentantów poszczególnych narodowości. W imieniu pozostałych narodów przemówił prof. Szymański z Warszawy.

W południe otwarto wystawę naukową i przemysłową, a o godz. 3 po południu wygłoszony został pierwszy wykład programowy pt.: „*Nadciśnienie tętnicze siatkówki*".

Jeżeli zdecydowałem się wyniki obrad przedstawić szerszemu gronu kolegów, to skłoniło mnie do tego przeświadczenie, że okulistyka nie jest nauką zamkniętą w sobie, lecz pozostaje w ścisłym związku z innymi działami medycyny.

Słusznie też powiedział Terrien w wywiadzie prasowym, „że okulista przestał być ubogim krewnym lekarza (*un pauvre parent du médecin*) a stał się jego współpracownikiem i zakres jego działalności coraz bardziej się rozszerza".

Do ostatnich lat klinicyści zwracali uwagę tylko na czynności narządów ważnych dla życia, jak naczynia wieńcowe serca, mózg i nerki. Nie wciągali oni w krąg swych obserwacyj tak względnie łatwo dostępnych badaniu bezpośredniemu tkanek, jak skóra, błony śluzowe — wspomnę o kapilaroskopii, która od niedawna stała się badaniem pomocniczym — a dopiero obecnie

przyszła kolej na dno oka. Kilkanaście ostatnich lat zaznacza się już całym szeregiem badań, wykonanych przy współpracy internistów z okulistami. Obrazy wziernikowe dna oka wcale nierzadko dostarczają dowodów na rozpoczynające się nadciśnienie ogólne. Jednakże poza obrazem wziernikowym dna oka, znacznie większą i właściwą rolę w rozpoznawaniu nadciśnienia odgrywa badanie ciśnienia tętniczego w tętnicach siatkówki.

Jest to zasługą Baillarta, który w r. 1923 wydał swe podstawowe dzieło „*La circulation rétinienne*" i podał do użytku przyrząd, służący do mierzenia ciśnienia tętniczego, zwany oftalmo-dynamometrem.

Za pomocą tego przyrządu jesteśmy w stanie oznaczyć minimalne i maksymalne ciśnienie w tętnicy siatkówkowej, podobnie, jak przy badaniu tętnicy ramieniowej.

Po tych krótkich uwagach przystąpię do zreferowania ważniejszych prac zjazdowych.

I. *Wstęp do głównego tematu o nadciśnieniu tętniczym wygłosili Wagener, okulista, i Keith, lekarz z Kliniki Mayo w Rochester.* Autorowie ci ujęli całe zagadnienie nadciśnienia z ogólnego punktu widzenia i doszli na podstawie spostrzeżeń z zakresu fizjologii, patologii i badań klinicznych do zgodnego wniosku, że nadciśnienie tętnicze jest wyrazem ogólnego schorzenia lub nieprawidłowych stosunków, wśród których znajdują się tętniczki całego ciała. Uszkodzenie tętniczek objawia się wzrostem obwodowego oporu w pewnych okolicach lub też wzdłuż całego przebiegu tętniczek. Wzmożone ciśnienie może zależeć od wzmożonego napięcia ściany naczyniowej lub zwężenia skurczowego, ale właściwy bodziec wazomotoryczny nie jest dziś jeszcze znany.

Skoro jednakże ten bodziec działa trwale, przychodzi do wytworzenia się zmian histologicznych w różnych częściach układu tętniczego, jak w sercu, nerkach, mózgu i siatkówce. Różne typy zapaleń siatkówki stoją w bezpośrednim związku z niewyrównaniem krążenia siatkówkowego, tak że ścisłe tłumaczenie wziernikowo dostrzegalnych zmian w naczyniach i tkankach siatkówki może być pomocne w grupowaniu przypadków nadciśnienia samoistnego.

II. *Część kliniczną omówił Baillart.*

Z chwilą wstąpienia na estradę Baillarta, twórcy dynamometrii ocznej, można było zauważyć poruszenie na sali i odczuło się, że osoba prelegenta przez swój wygląd zewnętrzny i dar wymowy przykuwa do siebie uwagę słuchaczy. Baillart zaczął od tego, że krążenie siatkówkowe, w szczególności w nadciśnieniu samoistnym zajmuje coraz bardziej nie tylko oftalmologów, lecz także lekarzy i fizjologów. „*Cette intelligente curiosité*" — jak to zainteresowanie lekarzy określił Baillart, będzie jeszcze bardziej wzrastała — skoro okulista będzie umiał wyciągać odpowiednie wnioski z tak doskonałego pola obserwacyjnego, jakim jest dno oka i potrafi zjednoczyć w swych badaniach zalety klinicysty i fizjologa. Zainteresowanie się okulisty jest zrozumiałe, skoro się uwzględni, że w większości przypadków zaburzenia wzrokowe są następstwem istniejącego nadciśnienia ogólnego.

Interniści zaś dobrze wiedzą, że naczynia siatkówkowe są naczyniami mózgowymi i że ich przedmiotowe badanie może dostarczyć pewnych danych o krążeniu mózgowym. Dlatego też wybitni przedstawiciele medycyny ogólnej, jak Pal, Volhard i inni zwracają pilną uwagę na objawy siatkówkowe przy ciśnieniu ogólnym.

Baillart podzielił objawy tętniczego nadciśnienia na dwie zasadnicze grupy. Do pierwszej zaliczył objawy *podmiotowe.* Chorzy na nadciśnienie skarżą się zwykle w początkach na czarne punkciki, ziarenka lub muszki, które mogą być również szare lub błyszczące, a w rzadszych przypadkach może nawet wystąpić okresowa ślepota wywołana skurczem tętniczek, szybko przemijająca i nie powodująca po ustąpieniu napadu pogorszenia ostrości wzroku lub zmian w polu widzenia.

Druga grupa obejmowałaby, według Baillarta, *objawy przedmiotowe,* które, zależnie od ich charakteru, można by skwalifikować jako objawy prawdopodobne i objawy pewne. Do *objawów prawdopodobnych (signes de probabilité)* należało by zaliczyć zmiany w wymiarze naczyń i powiększenie refleksu tętniczego. Natomiast korkociągowatym drobnym naczyniom w okolicy plamki żółtej nie należało by przypisywać znaczenia patologicznego. Daleko ważniejszymi były objawy dostrzegalne w miejscu skrzyżowania się żyły z tętnicą, a polegające na widocznym zwężeniu żyły w miejscu skrzyżowania. Według swoich doświadczeń, nie uważa Baillart tego objawu za objaw pewny, mimo że opisane zachowanie się żyły może usposabiać do powstania zakrzepu żylnego. Jedynymi *pewnymi objawami (signes de certitude)* byłyby pomiary ciśnienia tętniczego w naczyniach siatkówki.

Do wykonania tych pomiarów służy dynamometr Baillarta w kilku odmianach, poza tym nadaje się do tego celu także dynamometr Sobańskiego z Warszawy i przyrząd węgierskiego okulisty Kukana.

Baillart zwrócił jeszcze uwagę na dalszy fakt, że poza zmianami, zachodzącymi w naczyniach tętniczych siatkówki, mogą istnieć zmiany w prawdziwych naczyniach włosowatych siatkówki, trudno dostępnych badaniu wziernikowemu, które jednakże — podobnie, jak to Volhard wykazał dla *glomerulo nephritis* — mogą wykazywać zaburzenia czynnościowe. Dla ich wykrycia służy specjalna metoda badania aparatem zwanym entoskopem, a służącym do podmiotowej obserwacji poruszających się w naczyniu ciałek krwi.

Przy nadciśnieniu doznają te ostateczne rozgałęzienia naczyń włosowatych znacznego wstrząsu. Z początku znoszą ten szkodliwy bodziec, później jednakże w miarę trwania szkodliwego wpływu, ściany naczyniek grubieją, światło naczyń zwęża się, a wówczas można na obwodzie dna oka zauważyć cienkie białe linijki, które pochodzą od zanikających naczyń włosowatych siatkówki.

W dalszym ciągu swego przemówienia przedstawił Baillart obrazy kliniczne, które przy rozwoju nadciśnienia mogą powstawać na siatkówce i dotyczyć zarówno naczyń, jak i tarczy nerwu wzrokowego. Do najczęstszych należałyby krwotoki siatkówki i zmiany zapalne naczyń, jak *periarteriitis,* objawiająca się zgrubieniem błony zewnętrznej lub *endarteriitis,* wykazująca rzeczywiste zwężenie strumienia krwi. Zakrzep żyły środkowej byłby również charakterystycznym dla nadciśnienia obrazem klinicznym. W końcu procesu chorobowego może także i tarcza przedstawiać obrazy kliniczne obrzęku o rozmaitym nasileniu z następowym zejściem w zanik nerwu wzrokowego.

Z dalszym trwaniem choroby zbliżamy się coraz bardziej do zgubnego zejścia. Siatkówka zmienia całkowicie swój wygląd Scheere (1934) porównuje siatkówkę do tkanki suchej i przeźroczystej, jak listki celofanu, wśród których widać sklerotyczną naczyniówkę. Na siatkówce powstają białe postronki, rozstępy, tarcza nerwu wzrokowego zanika, przychodzi do znacznego upośledzenia ostrości wzroku; wszystko to są już oznaki mózgowej niedomogi naczyniowej — śmierć jest już bliska.

Po tym żywo i z temperamentem skreślonym obrazie chorobowym, przystąpił Baillart do omówienia obrazów klinicznych *retinitis albuminurica* i *neuroretinitis hypertonica,* które czasem przedstawiają podobny wygląd. Zdaniem Baillarta, nie należy *retinitis albuminurica* uważać za zwykły objaw nadciśnienia tętniczego, powikłanego nadciśnieniem śródczaszkowym. Według Volharda byłoby to zapalenie siatkówki skurczowe ischemiczne, występujące u hipertoników z „nadciśnieniem bladym". Są okresy, w których badanie wziernikowe nie wykrywa zwężonej tętnicy, nie znaczy to jeszcze, że w pewnym okresie tętniczka nie jest zwężona. Sprawa ta nie jest jeszcze klinicznie wyjaśniona.

Jakie znaczenie posiadają więc dane, dostarczone nam przez badanie naczyń siatkówkowych dla stanu naczyń mózgowych w nadciśnieniu tętniczym? Jest to pytanie, wchodzące już w zakres właściwego rokowania. Stwierdzenie schorzenia siatkówki zawsze czyni poważnym rokowanie cierpienia, gdyż najprawdopodobniej zmiany analogiczne mogą się już rozwijać w mózgu lub nerkach (Baillart).

Każde nadciśnienie tętnicze, nawet niedaleko posunięte, może być poprzedzone zmianami chorobowymi w siatkówce. Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, zwłaszcza, gdy występuje przy niedomodze nerkowej, jest *signum mali ominis;* także *retinitis albuminurica* pozostaje jednym z najcięższych objawów nadciśnienia tętniczego.

Leczenie tych postaci chorobowych musi być oddane w ręce internisty.

Zmiana sposobu życia u hipertoników powinna się odbywać stopniowo.

Wszelkie środki rozszerzające naczynia, diatermia, leczenie jodowe, nawet operacje w układzie sympatycznym, mają swoje zastosowania.

Na zakończenie wykładu podkreślił Baillart jeszcze znaczenie badania wziernikowego. Badanie wziernikowe powinno stać się częścią składową systematycznego badania każdego hipertonika, a okulista powinien dobrze się zaznajomić z techniczną stroną badania, która by jego współudział uczyniła jeszcze bardziej owocnym.

Wprawdzie już w dzisiejszym stanie nauki możemy wykazać interniście różne odczyny naczyń siatkówkowych w nadciśnieniu; możemy z pewnym prawdopodobieństwem określić charakter złośliwości cierpienia; możemy przewidzieć powikłania mózgowe lub nerkowe i potwierdzić rolę, jaką odgrywa

w nadciśnieniu skurcz tętniczy — ale pozostaje nadal do wyjaśnienia cały ukryty mechanizm nadciśnienia.

Liczne i długotrwałe oklaski nagrodziły wykład Baillarta.

III. Trzeci prelegent, Japończyk Koyanagi *omówił anatomię patologiczną* zmian siatkówkowych przy nadciśnieniu, ilustrując swój, w niemieckim języku wygłoszony wykład, bardzo licznymi przeźroczami. Histologiczne te badania, wykonane w 15 przypadkach, stanowią cenny przyczynek do poznania patogenetycznego zmian chorobowych siatkówki dla nadciśnienia ogólnego, co równocześnie wiąże się z zagadnieniem poznania istoty *retinitis nephritica*. Badania te obejmowały poszczególne części utkania siatkówkowego, a więc przybłonek barwikowy, poszczególne warstwy siatkówki i naczynia.

W związku z częścią kliniczną przedstawioną przez Baillarta, zajmującym jest fakt, że badania histologiczne, dotyczące objawów Salusa, a więc miejsca skrzyżowania tętnicy i żyły, nie wykazały, aby tętnica wywierała bezpośredni ucisk na niżej położoną żyłę. Raczej można było stwierdzić w tych miejscach bujanie tkanki okołonaczyniowej, które w następstwie mogło spowodować zwężenie Gunna, usposabiające nawet do zakrzepowych krwawień siatkówki.

Dyskusji w ścisłym tego słowa znaczeniu, po wygłoszeniu przez prelegentów tego programowego tematu nie było; częściowo była to może wina komitetu organizacyjnego, który streszczenia rozpraw rozdał dopiero przed rozpoczęciem kongresu, zamiast — jak to uczynił zjazd amsterdamski — rozesłać wszystkim uczestnikom streszczenia rozpraw na kilka miesięcy przed Zjazdem.

Następny dzień, czwartek 9 grudnia, obejmował dalszy ciąg wykładów, związanych z tematem głównym.

By nie przedłużać sprawozdania, wymienię tylko nazwiska prelegentów i tytuły wykładów, na których sam byłem obecny.

Lauber z Warszawy mówił o hipotonii, której stwierdzenie przyczynia się do wytłumaczenia istoty zaników nerwów wzrokowych przy wiądzie rdzenia.

Klar z Katowic zaznaczył, że stwierdzenie tętniczego nadciśnienia w tętnicach siatkówki może stanowić objaw rozpoznawczy przy *commotio cerebri*.

Thiel z Frankfurtu omawiał znaczenie badania ocznego dla rozpoznania różniczkowego nadciśnienia i schorzeń nerkowych.

Igersheimer ze Stambułu mówił o ukrytych stanach chorobowych w optycznych drogach mózgowych.

Drugi wykład programowy, wyznaczony był na początek następnego tygodnia.

Przerwę między obu programami wypełniły komunikaty dowolne, posiedzenie demonstracyjne, posiedzenia Międzynarodowego Związku Walki z Jaglicą i Walki ze Ślepotą oraz zbiorowe zwiedzanie szpitali okulistycznych i historycznych zabytków w Kairze i okolicy.

Posiedzenie *Międzynarodowej Organizacji Walki z Jaglicą*, do której z Polski należą Szymański i Zachert, zagaił Mac Callan, podkreślając, że Egipt jeszcze w r. 1903 dał inicjatywę do zorganizowania na całym świecie walki z jaglicą i że stale odbywają się tam posiedzenia komitetu międzynarodowego. W krótkości przedstawił historię odkryć bakteriologicznych przy jaglicy, zwłaszcza zwrócił uwagę na nowe badania dotyczące zarazków z grupy *Rickettsii*.

Z wygłoszonych w sekcji jagliczej referatów, wymienię następujące:

Oguchi z Japonii mówił o szczepieniach materiałem jagliczym.

Shimkin z Haify podał sposób operacyjny dla leczenia kurczowego podwinięcia powieki górnej.

Busacca z Brazylii podał nowe poglądy na patologię jaglicy, w szczególności dotyczące istoty łuszczki jagliczej.

Pascheff z Sofii podał cenne spostrzeżenia, dotyczące transplantacji Deniga i powstawania ziaren w przeszczepionej śluzówce.

Michail z Cluj położył główny nacisk na badanie biomikroskopowe przy jaglicy.

Grüter z Marburga przedstawił dalsze wyniki swych badań mikrostruktury komórki przybłonkowej i jej znaczenia dla etiologii jaglicy. Przy czym nadmienił, że moja praca z r. 1913, wykonana wspólnie z K. Reisową, była pierwszą, która zwróciła uwagę na podobieństwo wtrętów komórkowych do aparatu Golgi-Kopscha.

Endokrynologia a oko — to drugi temat oficjalny. Narząd wzroku stanowi część składową całego ustroju, z którym łączą go nie tylko nerwy i naczynia, ale także nieuchwytne dziś jeszcze związki z gruczołami o wewnętrznym wydzielaniu. Wykrycie związku przyczynowego między stanem gruczołów dokrewnych, a odpowiednimi ocznymi jednostkami chorobowymi w wielkiej mierze może się przyczynić do leczenia przyczynowego szeregu chorób ocznych.

Opracowanie tego tematu powierzone zostało pięciu prelegentom.

Wstęp, omawiający *patologię lekarską narządów dokrewnych* wygłosił Snapper z Holandii.

Wykład i dotyczące obszerne sprawozdanie obejmuje tak szczegółowy opis wszystkich jednostek chorobowych ustroju, że chcąc go streścić, należało by kilka wykładów osobnych poświęcić temu tematowi.

Następni mówcy starali się również dać jak najbardziej wyczerpujące przedstawienie poruczonych im tematów z uwzględnieniem obszernego piśmiennictwa, dotyczącego tego przedmiotu.

Postaram się jednakże z poszczególnych tematów wyłuskać te dane, które stoją w bezpośrednim związku z narządem wzrokowym.

Sprawę wzajemnego stosunku gruczołu tarczowego do narządu wzrokowego referował Szily z Monastyru w Westfalii.

Nadczynność tarczycy (hyperthyreoidismus) objawia się przede wszystkim w postaci choroby Basedowa. Jednym z głównych objawów tego schorzenia jest wytrzeszcz gałki *(exophtalmus)* i połączony z nim poczwórny zespół objawów: Dalrymple (rozwarcie szpary powiekowej, „wystraszone oko"), Stellwag (rzadkie zamykanie powiek), Graefe (pozostawanie powieki górnej przy patrzeniu w dół) i objaw Moebiusa (uszkodzenie ośrodków konwergencji). Dla wytłumaczenia tych objawów istnieje cały szereg teoryj, które bądź to na drodze mechanicznej, bądź też na drodze nerwowej podrażnienia nerwu współczulnego, starają się wyjaśnić powstawanie tych objawów. Tłumaczenie tych wszystkich objawów przy chorobie Basedowa napotyka jeszcze zawsze na trudności, zwłaszcza gdy się uwzględni, jak na to zwrócił uwagę Velhagen w r. 1934, że podobne objawy można także spotykać w *encephalitis epidemica* w okresie parkinsonizmu.

Z innych objawów ocznych, również nie wszystkie są pewne. Objaw Rosenbacha, polegający na drganiu zamkniętych lub na wpół przymkniętych powiek, spotkać można także u neurasteników.

Gifford zauważył, że w świeżych przypadkach choroby Basedowa można z trudnością odwinąć powiekę górną, a spojówka odwróconej powieki jest zupełnie bezkrwistą. Joffroy zauważył brak skurczu mięśnia czołowego przy patrzeniu oka w górę. Z innych wazomotorycznych objawów należy jeszcze wymienić rozszerzenie naczyń, obrzęk powiek i łzawienie, które według Gifforda może czasami występować tylko wśród nocy.

Jako zgubne następstwa powikłań rogówki w dalszym przebiegu choroby należało by wymienić wrzody rogówkowe.

Powstawanie zaćmy i związek jej z chorobą Basedowa nie jest jeszcze udowodniony. Nowsze badania o wzajemnych stosunkach witaminy C (kwas askorbinowy) do czynności gruczołu tarczowego nie są jeszcze ukończone. W każdym razie doświadczalnie na zwierzętach można było wykazać, że czynność kwasu askorbinowego, zawartego w nadnerczu i wątrobie, może pod wpływem tyroksyny ulegać znacznym zmianom. Obserwacje te jednakże nie upoważniają do wyciągania przedwczesnych wniosków co do wzajemnego stosunku soczewkowej przemiany materii i niesprawności gruczołu tarczykowego. Szily omawiał następnie stosunek, jaki zachodzi między schorzeniami tarczycy a powstawaniem jaskry. Jednakże, ani spostrzeżenia kliniczne, ani badania doświadczalne nie doprowadziły do jednolitych wniosków. Trudno bowiem stwierdzić, czy spotykane objawy są tylko zależne od zmian w gruczołach tarczowych, czy też od przesunięcia całego skomplikowanego mechanizmu przyswajania.

Na zakończenie swego wykładu zwrócił jeszcze raz Szily uwagę na fakt, że sam stopień wytrzeszczu gałki nie może być wskaźnikiem dla przebiegu choroby ogólnej. Objawy sympatykotonii, polegające na obustronnym rozszerzeniu źrenic spotyka się bardzo rzadko. Tłumaczenie tych objawów jakimś jednolitym schematem jest trudne; słusznie też powiada Zondek, że każda teoria tłumaczy tylko poszczególne przypadki Basedowa, ale żadna z nich nie wyjaśnia całokształtu objawów. Szkoła w Nancy zwraca w ostatnich czasach uwagę na znaczenie przysadki mózgowej przy powstawaniu choroby Basedowa.

Omawiając *obniżona czynność tarczycy (hypothyreoidismus)* zaznaczył Szily, że dla życia człowieka nie jest tarczyca narządem niezbędnym — natomiast obecność jej wpływa na fizyczną i duchową konstytucję ustroju.

Jedna z największych zagadek biologii jest — według Kendall'a — ukryta w tym, że brak kilku miligramów tyroksyny może z człowieka uczynić idiotę, zaś nadmiar kilku miligramów może ukształtować istotę najżywszą, duchowo najbardziej ruchliwą. Głównym objawem niedomogi tarczycy jest obrzęk śluzo-

waty (*myxoedema*). Z objawów ocznych może wystąpić obrzęk powiek, który niekiedy swymi rozmiarami przypominać może słoniowatość powiek.

Przypadki, w których *myxoedema* i guz tarczycy z wytrzeszczem gałek istnieją równocześnie, świadczą o tym, że dawne zapatrywanie o wzajemnym usuwaniu się tych objawów nie wytrzymuje krytyki. Dok. nast.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach
Piśmiennictwo polskie

Medycyna. Nr 8. 1938. Walawski J.: O humoralnej regulacji czynności gruczołów trawiennych. — Szerszyński Br. i Majewski J.: Zapalenie esicy i zapalenie okołoesicze (sigmoiditis et perisigmoiditis). — Żera E.: Badanie kliniczne nad naparstnicą wełnistą (digilanid). — Żabczyński M.: Uwagi w sprawie akcji zapobiegawczej przeciwgruźliczej. — Dydyński L.: Lekarze a znachorzy.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 16. 1938. Kapłan A. W., Fryszman W., Kramarz J. i Heller L.: O zespołach wątrobowo-nerkowych (hepatonephritis). — Flaks J., Himmel J. i Złotnik A.: Wywoływanie poliglobulii za pomocą wyciągów z przedniego płata przysadki, jako dowód istnienia hormonu krwiotwórczego (dok.). — Lewenfisz H.: O leczeniu stanów asfiktycznych za pomocą bodźców tchawiczno-oskrzelowych. — Kagan G.: O nowych możliwościach stosowania zespołów witaminowych w praktyce codziennej. — Szczygieł A.: Reforma żywienia w Polsce a zagadnienie wsi (dok.).

Medycyna Praktyczna. Z. 7. 1938. Pająk J.: Nowoczesna psychologia w psychiatrii klinicznej i sądowej. — Ostoja-Ostojski E.: O leczeniu przewlekłego nieżytu szyjki macicy traumatolem.

Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 5. 1938. Babecki J.: Metody badania i odkażania wody w polu. — Malinowski A.: Enuresis u żołnierzy. — Szulc G.: Opieka lekarska nad sportem. — Gergoviel Wł.: Wpływ czynnika taktycznego na użycie służby zdrowia dywizji piechoty (c. d.). — Tołwiński J., Czepurno S. i Koczan D.: Endemia zakażenia pokarmowego w pułku — radio w listopadzie 1937 r. — Wierzchowski J.: Przyczynek do badania oleum camphoratum w ampułkach.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 9. 1938. Dydyński L.: Co dla dobra i przyszłości naszych uzdrowisk uczynić należy. — Byrkowski K.: Rola lekarza w zdrojowisku. — Dembicki J.: Gospody dla chorych włościan w uzdrowiskach. — Rymkiewicz T.: Druskieniki. — Zaremba G.: Krynica i jej walory lecznicze. — Podsoński Wł.: Działanie lecznicze wód siarczano-wapiennych Lubienia. — Proszowski W.: Otwarcie nowego zdroju wody gorzkiej „Barbary" w Truskawcu. — Adamowiczowa St.: Rozrodczość na wsi i w mieście.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XVII. Z. 4. 1938. Wrześniowski Wł.: Opadnięcie żołądka i okrężnicy. — Kugler A.: Leczenie zamkniętych złamań trzonu kości udowej. — Haber A.: Naczyniak jamisty wątroby.

Therapia Nova. Nr 4. 1938. Doening T.: Kwas migdałowy i jego połączenia w leczeniu. — Zalcman H.: Występowanie napadowego migotania przedsionków po wstrzyknięciu insuliny. — Poznański N.: Leczenie schizofrenii (dok.). — Perel W.: Leczenie moczówki prostej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 18. 1938.

Trzeźwość. Nr 11—12. 1937. Chodźko: Stulecie zorganizowanej walki z alkoholizmem w Polsce. — Czerwiński St.: Statystyka kryminalna, a geneza przestępczości na tle alkoholizmu.

Pielęgniarka Polska. Nr 4. 1938.

Młoda Matka. Nr 9. 1938.

Przemysł Chemiczny. Nr 5. 1938.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 213. 1938.

Przegląd Weterynaryjny. Nr 4. 1938.

Jestem! w czasie pokoju i wojny na stanowisku. Nr 4. 1938.

OCENY

Zagadnienie wielkopolsko-pomorsko-kujawskiego zagłębia naftowego (część druga). A. PASZKIEWICZ. Kcynia. Nakł. autora. Str. 60. 1938.

Jest to dalszy ciąg publikacji pod tym samym tytułem, wydanej w r. 1936, której ocenę podałem w P. G. L. 1937, na str 90. Autor, lekarz w Kcyni, zdaje sprawę z dalszych badań geologicznych, podjętych przez Państw. Instytut Geologiczny na wymienionych obszarach. Promotorem badań i autorem licznych artykułów w prasie jest autor, pełen zapału pracownik społeczny i geolog-amator. Badania wypadają pomyślnie i jest już nadzieja, że niebawem zaczną się wiercenia pionierskie w poszukiwaniu tego ważnego surowca.

A. Sabatowski (Lwów).

Wartość kliniczna witaminy C. W. TOMASZEWSKI. Nakładem Nowin Lekarskich. Poznań 1937. Stron 116.

Witamina C, czyli kwas askorbinowy posiada dziś olbrzymie już piśmiennictwo. Znaczenie tej witaminy bada się nie tylko w pracowni teoretycznej, lecz na szeroką skalę w klinice. To szczególne zainteresowanie witaminą C tłumaczy fakt, że kwas askorbinowy nawet w dawkach bardzo dużych nie jest ciałem trującym, a poza tym należy do tych nielicznych witamin, których chemiczne odczyny są znane. Odczyny te pozwalają na ilościowe określenie witaminy C i na poznanie zachowania się jej w ustroju, co na razie jest niemożliwe dla innych witamin.

Do licznych polskich prac naukowych o witaminie C dorzuca W. Tomaszewski swoje kliniczne badania witaminy C. Jest to bodaj jedyna rzecz, w języku polskim, takich rozmiarów, omawiająca witaminę C, a jest ona wynikiem własnych dociekań autora.

Na wstępie omawia autor własności chemiczne, biologiczne i farmakodynamiczne witaminy C, zawartość jej w różnych narządach, wydzielinach i wydalinach, zapotrzebowanie, zachowanie się w ustroju, wykrywanie i oznaczanie. Z kolei podane są próby obciążeniowe u ludzi zdrowych i chorych. Niemal połowa pracy przypada na omówienie wpływu witaminy C na obraz ciałek czerwonych, białych i płytek krwi. Całość zamyka rozdział X zatytułowany: Przewód pokarmowy a witamina C. Interesujące są tu badania wpływu treści żołądkowej oraz pałeczek okrężnicy na rozkład witaminy C. Liczne badania własne autora, opatrzone tabelami i wykresami, dają odpowiedź na wiele interesujących, a tak w piśmiennictwie rozbieżnych poglądów, dotyczących działania witaminy C. Bardzo obszerne piśmiennictwo dodaje wartości omawianej pracy.

B. Giędosz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Badania doświadczalne dotyczące istnienia chemicznych odruchów warunkowych we krwi u ludzi. E. WILCZKOWSKI. Medycyna. Nr 22. 1937.

Założeniem pracy było przypuszczenie autora, że oddziaływanie ustroju na bodźce psychiczne w związku z przyjmowaniem pokarmów nie ogranicza się tylko do znanych reakcyj przewodu pokarmowego, jak wydzielanie śliny, soku żołądkowego, ale cechuje się także pewnymi zmianami we krwi, które dadzą się uchwycić w postaci odruchów warunkowych i to swoistych dla każdego bodźca psychicznego. Zdaniem autora, nie można nie przyjąć możliwości istnienia cukrowego odruchu warunkowego na widok cukru, chlorkowego na widok soli, białkowego na widok jaja. Powyższe odruchy przebiegają drogą nerwową, a tylko końcowe ich wyniki przejawiają się w zmianach zawartości odpowiedniego składnika we krwi.

Autor badał warunkowy odruch cukru i chlorków u chorych psychicznie, przy czym stwierdził, że na widok cukru, czy soli, w przeciągu 10 minut występują pewne zmiany w poziomie tych składników we krwi, w porównaniu z badaniami kontrolnymi. Na podstawie własnych spostrzeżeń autor podaje, że jako zasadniczą reakcję należało by przyjąć obniżenie się danego składnika we krwi. Podwyższenie następowało w tych przypadkach, w których badany ustosunkowywał się negatywnie do doświadczenia. Najwybitniejsze zmiany wykazywali oligofrenicy, potem chorzy na porażenie postępujące, dalej epileptycy, osoby zaś zdrowe reagowały najsłabiej.

St. Malczyński (Lwów).

O wpływie „uśpienia międzymózgowia" w chorobie Basedowa. E. FENZ. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 30. Z. 1. 1937.

Wobec niejednokrotnie podnoszonego związku, jaki istnieje między czynnością tarczycy a ośrodkami wegetatywnymi międzymózgowia, a nawet doszukiwania się patogenezy choroby Basedowa w pierwotnym zaburzeniu układu nerwowego ośrodkowego, autor badał wpływ powyższych ośrodków na czynność tarczycy. Według Falty, międzymózgowie na drodze nerwowej pobudza czynność tego gruczołu; nadczynność zaś jego prowadzi znów do zwiększonego napięcia ośrodków międzymózgowia. Autor stosując środki usypiające, swoiście działające na międzymózgowie (preparaty barbiturowe), badał wpływ takiego wyłączenia u ludzi zdrowych, z nadczynnością tarczycy oraz chorobą Basedowa. Z preparatów stosował Veronal 3 razy dziennie po 0,5 przez 2—3 dni i Prominal 3 razy dziennie po 0,2 przez 3—7 dni.

U ludzi zdrowych, wyniki w połowie przypadków cechowały się obniżką przemiany spoczynkowej (od 6.4—18%), spadkiem cholesterolu i karotynu we krwi, zmniejszeniem odporności na insuliny; zmian w ZZ we krwi nie stwierdzono.

U chorych z nadczynnością, czy Basedowem, wykazywano zawsze stały spadek P. S. (aż do 54.1%) i to tym znaczniejszy, im wyższy był jej stan przed zastosowaniem środków nasennych. W przypadkach, w których częściej wywoływano wyłączenie międzymózgowia i na czas dłuższy, P. S. dochodziła do normy. Zwyczajnie potem P. S. z powrotem wzrastała, chociaż w wielu przypadkach wykazywała wartości niższe w porównaniu z wartością w początku. Krzywa cukru (po obciążeniu 100 g dekstrozy) w 5 na 8 przypadków wskazywała zwiększoną odporność na insulinę. Poza tym (po zaprzestaniu podawania środków nasennych) wzrastała wrażliwość na insulinę.

Z innych składników, chorzy z Basedowem wykazywali obniżkę cholesterolu, który wzrastał w czasie wyłączenia międzymózgowia, równocześnie karotyn ulegał obniżce. Zapas zasad, który u wszystkich był mały, wykazywał w okresie stosowania środków nasennych zwykle narastanie, równolegle z tym w 2 przypadkach ilość kwasu mlekowego we krwi uległa obniżce. Poza tym autor zwrócił uwagę na wydalanie wody z ustroju przez nerki, posługując się próbą Volharda. Wydalanie to, obfite w chorobie Basedowa, w czasie stosowania środków nasennych ulegało wybitnemu zahamowaniu. Z innych objawów, autor mógł stwierdzić w czasie stosowania tych środków znaczne zmniejszenie pobudliwości nerwowej, prawie we wszystkich przypadkach przyrost wagi, zwolnienie tętna, poza tym w niektórych ustawało drżenie i znikało pocenie się. Wytrzeszcz nie ulegał zmianie.

Według autora stosowanie zwłaszcza małych dawek Prominalu przez czas dłuższy, oparte na powyższych spostrzeżeniach, mogłoby spełnić rolę przygotowania chorego do zabiegu operacyjnego.

Stwierdzony wpływ środków nasennych na zmniejszenie nasilenia objawów nadczynności tarczycy można by przypisać zwolnieniu wytwarzania tyroksyny wskutek wyłączenia regulujących ośrodków międzymózgowia, albo zmniejszeniu jej działania w czasie stosowania tych środków. *St. Malczyński* (Lwów).

Wydzielanie składników mineralnych w przypadku choroby Addisona. H. KAUNITZ. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 30. Z. 1. 1937.

Dotychczasowe badania choroby Addisona i zwierząt pozbawionych nadnerczy, stwierdziły między innymi spadek Na i Cl w osoczu krwi i zwiększone ich wydalanie drogą moczu i kału. Obok spadku NaCl wykazano znaczny wzrost K w osoczu krwi, tak że mówiono niejako o zatruciu ustroju potasem w związku ze zniszczeniem nadnerczy. Autor w jednym przypadku choroby Addisona zajął się bilansem składników mineralnych, oznaczając w moczu i kale N, Na, K, Cl, Ca, przy czym chora pozostawała na ścisłej diecie mieszanej, która dziennie zawierała 2 g K, 2 g Na, 4 g Cl, 13 g N. Zgodnie z innymi autorami, bilans sodowy i chlorowy był ujemny, szczególnie wyraźnie zaznaczony co do potasu, którego dzienna strata wynosiła 1,35 g. To spostrzeżenie dowodzi, że w chorobie Addisona przychodzi także do znacznych strat K, który opuszczając narządy i tkanki — przechodzi do osocza (czym należy tłumaczyć wzrosty stwierdzane przez wielu autorów), a stąd opuszcza ustrój drogą nerek. Poza tym autor stwierdził, że nadwrażliwość ustroju w chorobie Addisona na dowóz potasu jest tylko pozorna, bo nie występuje, jeśli potas wprowadza się z innymi solami, których poziom w tym schorzeniu jest obniżony; podobne spostrzeżenia poczyniono u zwierząt pozbawionych nadnerczy, gdzie lepsze wyniki daje płyn Lockego, zawierający także potas.

Za drugim nawrotem choroby, wykonane tuż przed śmiercią oznaczenia w surowicy krwi, nie wykazały zmian w ilości K, Cl i innych składników; jedynie stwierdzono obniżenie Na, nieznaczne obniżenie cholesterolu, podwyższenie jodu w pełnej krwi (28.3 γ %).

Z pośmiertnych oznaczeń składników mineralnych w narządach (mięsień, wątroba, serce) wynika przede wszystkim brak podwyższenia K, co zbija tłumaczenie ciężkich objawów choroby Addisona przeładowaniem, czy zatruciem ustroju potasem.

St. Malczyński (Lwów).

Wpływ naturalnych półkąpieli kwasowęglowych w Krynicy na wysokie ciśnienie krwi. G. ZAREMBA. Medycyna. Nr 22. 1937.

Przyczyna nierzadkich, a niepożądanych skutków kąpieli u ludzi z nadmiernie podwyższonym ciśnieniem krwi i z osłabionym sercem nie zależy od CO_2, lecz łączy się ściśle z za dużą ilością wody oraz niską ciepłotą kąpieli. Napór hydrostatyczny masy wodnej na organizm wywołuje w nim szereg zmian i to szczególnie w krążeniu, prowadząc do przemieszczenia nadmiaru krwi, zwłaszcza do serca i płuc. Mając to na uwadze, w podwyższonym ciśnieniu krwi będą przeciwwskazane nie tylko kąpiele kwasowęglowe, ale także rzeczne, morskie, w wannie oraz kąpiele o ciepłocie ponad 39°. Zupełnie odmienne, a pożądane skutki uzyskuje się przez zastosowanie pół- lub ćwierćkąpieli kwasowęglowych.

Autor na podstawie szczegółowych badań takich kąpieli ujmuje wnioski następująco: pół-, a niekiedy ćwierćkąpiele kwasowęglowe wskazane w wysokim ciśnieniu krwi winny mieć ciepłotę od 35—36—37°, a nawet nieraz 39°. Przeciwwskazane i szkodliwe są kąpiele kwasowęglowe całkowite we wszelkich rodzajach wysokiego ciśnienia krwi. Półkąpiele kwasowęglowe poprawiają krążenie krwi, oszczędzają serce, wzmacniają jego wydolność, usuwają skurcz naczyń tętniczych; prawdopodobnie rozszerzają naczynia wieńcowe serca i nerek. Poza tym takie półkąpiele obniżają w znacznym stopniu wysokie ciśnienie krwi na czas dłuższy. Działają kojąco na system nerwowy, usuwają bezsenność, uspokajają nerwowe podniecenia hipertoników, powracając im dobre samopoczucie i zdolność do pracy.

Miażdżyca znaczniejszego stopnia, dusznica bolesna i schorzenia nerek nie stanowią przeciwwskazania. Ciepłe półkąpiele kwasowęglowe, stosowane ostrożnie, wywierają wpływ korzystny, obniżając wysokie ciśnienie krwi, zwłaszcza w schorzeniach nerkowych i marskości nerek.

Przeciwwskazane są kąpiele kwasowęglowe w ogóle przy wysokim ciśnieniu krwi w czasie niewydolności krążenia oraz w stwardnieniu tętnic ze skłonnością do krwawień.

St. Malczyński (Lwów).

Odma otrzewnowa w leczeniu gruźlicy jelit. A. BIERNACKI. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 3.

Odma otrzewnowa jest technicznie zabiegiem prostym i powikłania są obserwowane niezwykle rzadko; na 1.500 nakłuć, wykonanych w Instytucie Carlo Forlanini, nie spostrzegano ani jednego przypadku naruszenia ściany jelita, czy też rozerwania jakichś krwawiących lub zakażających otrzewnę zrostów. Próbne nakłucia, które autor wykonywał na zwłokach wykazały, że nakłucie w miejscu typowym jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym, a nawet trudno jest przez ścianę brzuszną krótką igłą przebić ścianę jelita. Przebieg gruźlicy jest w ścisłej zależności od rozwoju sprawy płucnej i dlatego wyniki wyglądają nieco pesymistycznie. Na objawy jelitowe, jak bóle, biegunki, brak łaknienia, odma otrzewnowa ma wyraźnie dodatni wpływ. Jak dotychczas nie umiemy wytłumaczyć dodatniego wpływu odmy na przebieg sprawy jelitowej; teoria mechaniczna, według której warstwa powietrza ochrania jelita przed drobnymi urazami, jakie powstają przy chodzeniu, kaszlu itp., jest według autora nie wystarczająca i nie tłumacząca obserwowanej poprawy.

Rawicz (Morszyn).

Badania dotyczące stwardnienia tętnic płucnych. III. Tzw. „stwardnienie" tętnic płucnych ze stanowiska histopatologicznego. ST. CIECHANOWSKI. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 3.

Termin „stwardnienie tętnicy płucnej" *(Pulmonalsklerose)* uważa autor za nieuzasadniony badaniami histologicznymi. Histologicznie w tętnicach płucnych nigdy nie spotyka się daleko posuniętych zmian miażdżycowych, jak owrzodzenia i zwapnienia; zmiany ograniczają się raczej tylko do odkładania ciał lipoidowych w ścianach naczyń. Tylko w jednym przypadku znalazł autor martwicę włókienek mięsnych *(medionecrosis)*. Na żyły śródpłucne mało dotychczas zwracano uwagi: przerost warstwy

mięsnej obserwowany przez kilku zaledwie autorów, jest, według Ciechanowskiego, bardzo mało wyraźny. Z badań histologicznych nie wynika, by przyczyną niedotlenienia tętniczego miały być zmiany w podścielisku nabłonka pęcherzyków lub śródbłonku naczyń płucnych. *Rawicz* (Morszyn).

O powstawaniu, rozpoznawaniu i leczeniu niedrożności dwunastnicy. J. GLASS. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 3.

Niedrożność dwunastnicy nie ma charakterystycznego i jednolitego oblicza klinicznego. Zestawiając jednak dane kliniczne i rentgenologiczne, postawienie tego rozpoznania jest zawsze możliwe. W zespole humoralnym stwierdza się hipochloremię, azocicę, alkalozę gazową i odwodnienie ustroju. Tok choroby może być ostry, przewlekły lub przerywany. Prócz objawów ze strony jamy brzusznej, zawsze występują ogólne objawy toksemii. Godnym uwagi objawem są uporczywe bóle głowy, ustępujące natychmiast po przywróceniu drożności; nazwa migreny dwunastniczej jest w zupełności uzasadniona. W systematyce zwężeń posługuje się autor podziałem topograficznym i etiologicznym. Dla ilustracji niektórych postaci zwężenia dwunastnicy przytacza autor historie chorób sześciu przypadków. Leczenie zwężeń dwunastnicy może być zachowawcze i chirurgiczne. Do leczenia zachowawczego należą: dieta, odpowiednie ułożenie ciała, przegrzewania, zgłębnikowanie, chlorowanie, środki łagodnie przeczyszczające i przeciwskurczowe. Chirurgicznie zespolenie dwunastniczo-jelitowe jest metodą najlepszą.

Rawicz (Morszyn).

Wpływ różnych diet na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka. Doniesienie IV. Wpływ diety bezsolnej oraz różnych roztworów soli kuchennej. F. KRAJEWSKI. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 3.

W porównaniu z wodą wodociągową półprocentowy roztwór soli kuchennej skraca czas wydzielania żołądkowego, nie jest bodźcem wydzielniczym dla kwasu solnego wolnego, ani luźno związanego. Roztwór 2% podwyższa kwaśność soku, zwiększa ilość białka, zwłaszcza zaś wydzielanie śluzu. „Działanie płynów wprowadzonych do żołądka zależy od wielkości różnicy ciśnienia osmotycznego pomiędzy nimi a krwią“. Dieta bezsolna zmniejsza pracę wydzielniczą żołądka drogą humoralną przez krew. W schorzeniach przebiegających z nadkwaśnością, wywiera ta dieta tylko wtedy swe działanie, gdy nadkwaśność wywołana jest zaburzeniami wydzielenia chloru lub sodu. W tym też tkwi przyczyna rozbieżnych wyników leczniczych przy stosowaniu diety bezsolnej. *Rawicz* (Morszyn).

Samoistne wydzielanie cukru trzcinowego w moczu (saccharosuria spontanea). R. RENCKI i A. FALKIEWICZ. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XV. Z. 3.

Autorzy obserwowali przez przeszło dwa lata przypadek samoistnego wydzielania cukru trzcinowego w moczu; wydzielanie cukru było ściśle związane z napadami bólów umiejscowionymi w dołku podsercowym, promieniującymi do lewego podżebrza, lewej łopatki i kręgosłupa, a więc o charakterze ataków trzustkowych. Niemniej jednak rentgenologicznie, badaniem stolca i zgłębnikowaniem żadnego uchwytnego schorzenia trzustki nie zdołano wykazać. Przeprowadzono szereg badań na obecność i zachowanie się sacharozy we krwi i w moczu w różnych warunkach. Przechodzenie sacharozy do moczu spostrzegano przede wszystkim w związku z napadami bólowymi, przy czym wydzielanie to było niezależne od doprowadzonej z zewnątrz ilości cukru. Autorzy omawiają udział dotychczas nieznanej czynności trzustki na przemianę pośrednią glikogenu, dającą w wyniku podwyższenie poziomu sacharozy we krwi, a niezależnie od poziomu we krwi ukazywanie się cukru w moczu w czasie napadów bólowych. *Rawicz* (Morszyn).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Badania odczynu ciążowego Berkovitsa. E. FALIK. Gin. Pol. T. XVI. Z. VII—VIII.

Odczyn Berkovitsa polega na wkropleniu do worka spojówkowego ciężarnej kilku kropel jej własnej surowicy z dodatkiem cytrynianu sodowego lub szczawianu wapnia. W 2 minuty później w razie obecności ciąży następuje zwężenie lub rozszerzenie źrenicy danego oka, które łatwo stwierdzić, porównywując je z drugim okiem. Badania autora przeprowadzone na 50 chorych wykazały: 1) na 30 ciężarnych zaledwie u jednej rodzącej wystąpiło rozszerzenie źrenicy, gdy pozostałe nie wykazały żadnych zmian; 2) z 14 położnic — u 2 nastąpiło wyraźne rozszerzenie źrenicy po wkropleniu krwi szczawianowej, u jednej wynik wątpliwy, u pozostałych brak zmian w szerokości źrenicy.

Na podstawie powyższych wyników można sądzić, że odczyn Berkovitsa nie nadaje się do zastosowania praktycznego w położnictwie. *M. Segal* (Jędrzejów).

Znaczenie czasu wystąpienia pierwszej miesiączki na powikłania w czasie porodu. D. RISOPOULOS. Zbl. f. Gyn. 3016—3020. 1936.

Materiał autora obejmuje 5288 porodów. W wyniku swoich obserwacji dochodzi autor do wniosku, że późne wystąpienie pierwszej miesiączki pociąga za sobą stosunkowo częściej cięcie cesarskie z powodu ścieśnionej miednicy (1.3% — przy wystąpieniu pierwszej miesiączki w 12 roku życia i 4.1% i 14.2% — w 18 i 21 lat). Autor sądzi, że w tych przypadkach prawdopodobnie zbyt późno rozpoczyna się czynność wewnątrzwydzielnicza jajników ważna dla rozwoju miednicy. Co się tyczy innych powikłań i porodów operacyjnych (nacięcie krocza, pęknięcie krocza, porody kleszczowe, słabe bóle, krwawienia, przedwczesne pęknięcie pęcherza, ręczne wydobycie łożyska, rzucawka porodowa) nie stwierdził autor wyraźnego wpływu czasu wystąpienia miesiączki na ich częstość.

M. Segal (Jędrzejów).

Azotemia i polipeptydemia w połogu. M. RIVIÈRE et LEGRASDIDIER. Gyn. et Obst. T. 35. Nr 6. 1937.

Na podstawie oznaczania azotu we krwi, autorzy dochodzą do wniosku, że w 12. dniu po porodzie przychodzi do największego nasilenia wzrostu poziomu mocznika oraz polipeptydów we krwi i że zwiększenie polipeptydów poprzedza zawsze wzrost mocznika. Bardzo być może, że ten wzrost ciał azotowych zależy od zmian chemicznych, powstałych na skutek inwolucji macicy. Natomiast wydaje się nieprawdopodobne, aby ta hiperazotemia miała wywierać wpływ na pojawiające się czasem w okresie połogu wstrząsy lub drgawki. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Opoterapia przez skojarzenie preparatów macicy i jajnika w leczeniu menopauzy po zabiegu chirurgicznym. J. G. REGARD. Gyn. et Obst. T. 35. Nr 6. 1937.

Po całkowitym usunięciu macicy wraz z przydatkami, występują zaburzenia ogólne, pod nazwą menopauzy. W licznych doświadczeniach na zwierzętach i ludziach, stwierdzono po wycięciu samej macicy z zachowaniem jajników podobne objawy, a autopsja w tych przypadkach wielokrotnie wykazała zwyrodnienie pęcherzyków jajnika, ze skłonnością do rozwoju tkanki podścieliskowej oraz zmiany w przysadce mózgowej, odpowiadające zmianom przysadki w czasie ciąży.

Dotychczas nie rozstrzygnięto, czy wpływ macicy na jajnik i przysadkę jest pochodzenia hormonalnego, czy też dochodzi do skutku na drodze odruchowej lub naczyniowej. Faktem jest, że po podaniu kombinowanych preparatów z macicy i jajnika wszelkie zaburzenia ustępują, podczas gdy preparaty jajnikowe podawane osobno nie wywierają prawie żadnego wpływu.

Z. Webersfeld (Lwów).

Związek między czynnością jajnika, a witaminą C. A. GIROUD, R. RATSIMAMANGA, C. P. LEBLOND et M. RABINOWICZ. Gyn. et Obst. T. 35. Nr 6. 1937.

Pomiędzy witaminą C a hormonami istnieje pewien związek, który zaznacza się wyraźnie w stosunku do gruczołów płciowych, w szczególności jajnika. Wahania poziomu witaminy C w jajniku od 0.17—2 mg na 1 g świeżej substancji, są zależne od przemiany morfologicznej i fizjologicznej. Wyraźne zwiększenie witaminy C w jajniku stwierdzono w okresie przemiany komórek pęcherzowych w ciałko żółte. I przeciwnie, w okresie niedoboru pokarmowego, stwierdzono zwyrodnieniowe zmiany w jajniku zwierzęcym. Spostrzeżenia te są ważne dla organizmu ludzkiego, gdyż człowiek, podobnie jak małpa i świnka morska, nie posiada zdolności tworzenia witaminy C z pobieranych pokarmów, dlatego też w czynnościowych zaburzeniach jajników, jako też w okresie ciąży, należy podawać duże ilości witaminy C.

Z. Webersfeld (Lwów).

Przypadkowe urazy w ginekologii. G. JEANNENEY et P DERVILLÉE. Gyn. et Obst. T. 35. Nr 6. 1937.

Sprawa przypadkowych urazów narządów rodnych, zwłaszcza powstałych w czasie pracy, jest ważna tak z punktu widzenia ginekologicznego, jak i sądowego. Urazy w ginekologii dzielą się na dwie zasadnicze grupy: 1) dotyczące narządów zewnętrznych, 2) dotyczące narządów wewnętrznych. Nie należą tu urazy wywołane zabiegami lekarskimi, sztucznym poronieniem itp. Urazy części rodnych zewnętrznych są to rany, blizny

i przebicia. W tych przypadkach groźnymi stają się tylko powikłania przez uszkodzenie otrzewnej lub pęcherza moczowego.

Druga grupa obejmuje urazy macicy i przydatków. Na podstawie opisanych dotychczas przypadków, autorzy twierdzą, że urazy najczęściej zaostrzają już przedtem istniejącą chorobę utajoną. Dotyczy to najczęściej torbieli jajników. Macica najczęściej podlega wypadnięciu. Wreszcie spotyka się zaburzenia w miesiączkowaniu, występujące niekiedy nawet jako zmiany wtórne po urazach mózgu. W końcu artykułu podają autorzy swoje zapatrywanie na te sprawy z punktu widzenia sądowo-lekarskiego. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna

Zagadnienie posiłków i przerw w pracy. KREMER. Reichsgesundheitsblatt. Nr 12. 1937.

Minister Pracy Rzeszy i Prus w specjalnym okólniku, dotyczącym ochrony pracy, polecił czynnikom nadzorującym w dziedzinie przemysłu zwracać uwagę przy wizytacji zakładów, aby przy nadliczbowych godzinach pracy pracownicy młodociani poniżej 18 lat, korzystali z gorących posiłków. Obecnie krótkie przerwy w pracy nie pozwalają młodocianym pracownikom na spożycie obiadu w domu, dlatego też winno być wprowadzone również i w małych przedsiębiorstwach dostarczanie gorących posiłków w postaci obiadów lub chociaż gorącej zupy.

Przed wtargnięciem na przełomie XIX wieku do rzemiosła i handlu form kapitalistycznych, uregulowanie czasu posiłków było zagadnieniem mało znaczącym. Łączność warsztatów pracy z domem, przyjmowanie terminatorów i czeladników do domów majstrów, niedaleka droga do warsztatów pracy, ułatwiały pracującej ludności spożycie dostatecznego gorącego obiadu przy pracy. Cechy przestrzegały czasu pracy o ogólnie ustalonych przerwach. Warunki te zmieniły się z chwilą nastania kapitalistycznego ustroju gospodarczego. Czas trwania pracy nie podlegał żadnym przepisom. W celu zapobieżenia poważniejszym niebezpieczeństwom zdrowia, zostały wydane w ciągu przeszłego stulecia przepisy prawne, dotyczące tylko młodocianych pracowników i kobiet. Wprowadzono dla tych grup pracowników najwyżej 10-godzinny dzień pracy z 1-godzinną przerwą obiadową dla robotnic, a dla młodocianych pracowników z przerwami pół godziny przed i po obiedzie. Powyższe obowiązujące przerwy spowodowały, iż w większości przedsiębiorstw wprowadzono również i dla robotników dorosłych chwile odpoczynku dla spożycia obiadu. Jak widać więc, kwestia czasu pracy i odżywiania nie była tak paląca przed wojną, jak obecnie.

Stosunki te zmieniły się zupełnie z wprowadzeniem ustawowego 8-godzinnego dnia pracy, przy którym przez skrócenie przepisanych przerw, umożliwione zostały krótkie dniówki pracy dla robotnic i młodocianych pracowników. Przy 8-godzinnym dniu pracy przepisowe przerwy dla robotnic i młodocianych pracowników wynoszą ½ godziny lub dwie przerwy po 15 minut. Chociaż przy pracy ponad 8 godzin utrzymują się przepisowe dłuższe przerwy — dla robotnic 1 godzina, a dla pracowników młodocianych ogółem 2 godziny, to możliwe jest, również, na skutek wyjątkowych zezwoleń, w wielu wypadkach przy 8½-godzinnym dniu pracy, skrócenie przerw dla robotnic i pracowników młodocianych do pół godziny.

Przeciętny czas pracy z krótszą przerwą — pomijając przyczyny zawodowe — przeważnie leży w interesie pracownika, gdyż korzysta on wtedy z dłuższego wolnego wieczoru.

Wychodząc ze stanowiska ochrony pracy, stwierdzić należy, iż krótkie przerwy w pracy są bardzo szkodliwe i w konsekwencji powodują poważne choroby. Nie pozwalają one bowiem na powolne spożycie gorącego posiłku, nie dają dostatecznego wypoczynku po obiedzie. Pośpiech bowiem w jedzeniu nie zezwala na wytworzenie się w odpowiedniej ilości soków żołądkowych, a tym samym potrawy nie mogą być właściwie zużytkowane. Następnie trzeba wziąć pod uwagę, iż szybkie spożywanie za zimnych lub za gorących posiłków prowadzi do bezpośredniego uszkodzenia błon śluzowych przełyku i żołądka, które przygotowują podatny grunt dla przyszłych niebezpiecznych chorób. Jeśli się więc zważy, iż dolegliwości z powodu nieprawidłowego przyjmowania pokarmu szczególnie staje się dostrzegalne u pracowników młodocianych, zrozumiałe jest, jak wielkie znaczenie przypisać należy dostatecznym przerwom w pracy.

Nie bez słuszności są wyrażane wielokrotnie w piśmiennictwie obawy, iż ogólny zły stan zdrowia robotników, wywołany przemęczeniem i niedostatecznym odżywianiem, może pozbawić ich korzyści, jakie daje skrócony dzień pracy, gdyż zmęczony robotnik należycie nie wykorzysta wolnego od pracy czasu. W zakładach pracy przy jednej zmianie, czas zajęcia rozpoczyna się przeważnie o godzinie 7, a kończy między godziną 15,30—17, zależnie od przedłużania się czasu pracy, przez wyrównanie przypadających na koniec tygodnia godzin pracy i zależnie od różnej długości przerw. Przy dalszej odległości warsztatów pracy od miejsc zamieszkania robotnika, konieczne jest wcześniejsze wyjście z domu rano i zbyt pospieszne spożywanie posiłku, następnie późniejszy jest również powrót robotnika z pracy do domu. Nieobecność robotnika poza domem wynosi 10½ godziny, przy nieuwzględnianiu nadliczbowych godzin pracy. W tym czasie konieczne jest spożycie dostatecznego gorącego posiłku. Im więcej czasu zużyje robotnik na drogę do warsztatu pracy i śniadanie ranne, tym mniej czasu pozostaje mu na przerwę obiadową; dzieli on przeto ½-godzinną przerwę obiadową następująco: 10 lub 15 minut na śniadanie oraz 15 lub 20 minut na obiad.

Powyższe krótkie przerwy nie wystarczają do właściwego spożycia posiłku. Zresztą przy obliczaniu czasu na posiłek, należy brać pod uwagę również czas przeznaczony na mycie rąk, a przy pracy brudniejszej na bardziej dokładne mycie, następnie na drogę do miejsca spożywania posiłków, chwilę spoczynku po jedzeniu, czas na zaspokojenie innych potrzeb i drogę powrotną do miejsca pracy. Czas więc na śniadanie przy bliskiej odległości od miejsc spożywania, winien wynosić 15 do 20 minut, a na obiad przynajmniej 30 do 40 minut. Jako przykład mogą służyć następujące dane:

A. Przerwa na śniadanie:

1. Mycie rąk	2 minuty
2. Droga do miejsca spożywania	2 „
3. Czas jedzenia	7 „
4. Wypoczynek	4 „
5. Czas przeznaczony na inne potrzeby	3 „
6. Droga do warsztatu pracy	2 „
Razem	20 minut

B. Przerwa obiadowa przy przeciętnym dniu pracy:

1. Mycie rąk	3 minuty
2. Droga do kantyny	3 „
3. Czas spożycia posiłku	15 „
4. Czas wypoczynku	10 „
5. Czas przeznaczony na inne potrzeby	5 „
6. Droga do warsztatu pracy	3 „
Razem	39 minut

Jak wynika z powyższego, dla dostatecznego spożycia posiłku konieczna jest przerwa, ogółem biorąc, 45 minut lub lepiej 1-godzinna. Dla kobiet i pracowników młodocianych konieczne jest przestrzeganie 1-godzinnej przerwy.

Nasuwa się teraz pytanie, jak pogodzić te sprzeczne z sobą interesy i potrzeby. Staje się więc wobec dwóch sprzeczności: z jednej strony konieczność dostatecznego odżywiania się podczas pracy, z drugiej zaś potrzeba wolnego czasu na potrzeby kulturalne i inne, zapewniające korzyści gospodarcze. Przy zastosowaniu dłuższej przerwy na posiłek, skróci się robotnikowi wolny czas po pracy, a więc najlepsze wprawdzie godziny popołudniowe. Jest więc zrozumiałe, iż dzisiaj robotnik wypowie się przeciw dłuższemu pozostawaniu w zakładzie.

Gdyby zostało wprowadzone w Niemczech, jak to jest w zwyczaju w Anglii — spożywanie przed pracą goracego posiłku lub przynajmniej gorącej zupy — przerwa śniadaniowa nie istniałaby i tym samym krótsza byłaby przerwa obiadowa. Zwyczaj ten można by wprowadzić przez ciągłe pouczanie, przy czym mogłyby tutaj przyjść z pomocą zakłady pracy, umożliwiając swoim pracownikom spożywanie w zakładzie gorącej zupy, nie zrażając się początkowymi niepowodzeniami. Ogólne przedłużenie przerw mogłoby jednak, mimo iż okazuje się naglące, natrafić na nieprzezwyciężone przeszkody.

Kwestia pożywienia i przerw w pracy nie może być dlatego też jednolicie rozwiązana. Na wsi, w miasteczkach małych i średnich, przy małej odległości do pracy, istniejący obecnie w zakładach podział czasu pracy może być zachowany, w zakładach zaś, gdzie jeszcze nie został wprowadzony, wprowadzenie go jest możliwe przez odpowiednie pouczenie pracowników i wpływ na kierownictwo zakładu pracy. W tych jednak zakładach pracy, gdzie przerwa obiadowa nie trwa przynajmniej 1½ godziny i pracownicy w tym czasie pozostają w zakładzie, winna być wprowadzona możliwie 1-godzinna ogólna przerwa.

W większych miastach, przy dalszej odległości do pracy, niemożliwa jest dzisiaj zmiana krótkich przerw. Krótkie półgodzinne przerwy muszą być stosowane przy 8-godzinnym dniu pra-

cy, szczególnie wobec pracowników młodocianych i kobiet. Jakiekolwiek przedłużenie 8-godzinnego dnia pracy — przez podział przypadających na koniec tygodnia godzin pracy na pozostałe dni pracy lub przez godziny nadliczbowe — zależne jest od odpowiedniego przedłużenia przerw. Zadaniem kierownika zakładu pracy jest dbanie o to, aby krótkie przerwy mogły być właściwie wykorzystane. Należy uwzględnić następujące punkty: urządzanie miejsc posiłku w pobliżu zakładu pracy, udostępnianie odpoczynku na wolnym powietrzu, przygotowywanie pracownikom gorącego pożywnego posiłku. Tylko wtedy, gdy pozostaje dość czasu na przyjęcie posiłku i krótki czas na wypoczynek, przerwa w pracy może spełnić swoje zadanie.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie

Protokół XXIII posiedzenia naukowego z dnia 15 października 1937 roku

Przewodniczy: Kol. Progulski

1. Kol. Schmidt T. (gość), *przedstawił przypadek małopłytkowości pierwotnej okresowej.*

Przypadek powyższy należy do schorzeń dość często spotykanych. Przedstawiony został ze względu na szczególny sposób leczenia, wprowadzony na Oddziale Wewn. II. Szpitala Powsz. we Lwowie.

Dotyczy on chorej 28-letniej, która zgłosiła się na Oddział z objawami krwawienia ze skóry i błon śluzowych.

W wywiadach brak danych co do dziedziczności. W 12 roku życia pierwsza miesiączka, w czasie której wystąpiło krwawienie ze skóry i błon śluzowych, jednak w słabszym nasileniu, jak obecnie. Potem była zdrowa.

Badaniem klinicznym stwierdza się bardzo liczne wybroczyny na skórze kończyn i tułowia oraz krwawienia z dziąseł, przy braku wybroczyn na nich. Mocz krwawy. Wątroba, śledziona i stawy bez zmian. Na podstawie tych objawów podejrzenie zostało skierowane na skazę krwotoczną, typową plamicę Werlhofa na tle małopłytkowości pierwotnej okresowej o postaci dobrotliwej, a przebiegu ostrym.

Badania przeprowadzone na Oddziale Wewn. II. potwierdziły powyższe rozpoznanie.

Krew: c. czerwone 3,150.000 w 1 mm^3, trombocyty 3.000 w 1 mm^3, czas krwawienia 30 min., czas krzepnienia 4$^1/_2$ min.

Leczenie polegało na podawaniu w dużych ilościach Coagulenu „Ciba" w zastrzykach dożylnych. Po pierwszym wlaniu 25 cm^3 Coagulenu dożylnie, chora dostała wstrząsu objawiającego się silnymi dreszczami i podniesieniem ciepłoty ciała.

Już w czasie dreszczów krwawienie zaczęło się zmniejszać, po kilku godzinach chora odpluwała tylko słabo krwawo zabarwioną plwocinę, następnego zaś dnia krwawienie ustało zupełnie.

Powtórne badanie krwi po kilkudniowym codziennym dożylnym wlewaniu 25 cm^3 Coagulenu wykazało: c. czerwone 3,800.000 w 1 mm^3, płytki 58.000 w 1 mm^3, czas krwawienia 3 min., krzepnienia 2$^1/_2$ min.

Po następnych 3 dniach: c. czerwone 3,780.000 w 1 mm^3, płytki 207.000 w 1 mm^3.

Podobny skutek po Coagulenie obserwowano w ciągu dwu ostatnich lat w czterech innych przypadkach małopłytkowości.

Zawsze był wstrząs, po którym krwawienie ustępowało. Mechanizm działania Coagulenu polega prawdopodobnie nie na dostarczeniu krwi gotowych płytek zawieszonych w leku, gdyż wynik taki byłby zbyt krótkotrwały, a ponadto płytki te jako zawieszone w płynie fizjologicznym i nieraz długo przechowywane, mogłyby być już mniej wartościowe.

Polega on raczej na działaniu bodźcowym Coagulenu na szpik kostny, który wytwarza wówczas znaczną ilość płytek.

Wyrazem bodźcowego działania Coagulenu podawanego dożylnie jest obecność we krwi megatrombocytów, które stwierdzono we wszystkich przypadkach obserwowanych na Oddziale.

W dyskusji: Kol. Węgrzynowski podnosi z uznaniem doświadczenia z Coagulenem dokonane na Oddziale dra Falkiewicza. Lek ten, którego skuteczność uważaliśmy za nader problematyczną, dzięki temu wynikowi wraca do arsenału lecznictwa.

2. Kol. Schmidt T. (gość), *przedstawił przypadek rodzinnej niedokrwistości hemolitycznej w 3 pokoleniach.*

W przypadku powyższym stwierdzono z całą pewnością, że ojciec chorej oraz dziadek ze strony ojca cierpieli na to samo schorzenie.

Dotyczy on chorej 23-letniej, która zgłosiła się na Oddział Wewn. II. w okresie przełomu krwawego.

Wśród pełnego zdrowia nagle dostała chora silnego bólu głowy, gorączki do 40^0 oraz uczucia ogólnego rozłamania.

Badaniem klinicznym stwierdzono: bladość skóry z wybitnym żółtaczkowym zabarwieniem, guz śledziony (cała lewa połowa jamy brzusznej) gładki, twardy, tkliwy. Wątroba powiększona.

Mocz czerwony, kał intensywnie brunatno zabarwiony.

Uderza u chorej: lekko skośne ustawienie oczu, wystające policzki i wybitna próchnica zębów.

Badanie krwi: c. czerwone 2,540.000 w 1 mm^3, wskaźnik 1, c. białe 5.200 w 1 mm^3, wzór % c. białych prawidłowy.

Odporność ciałek czerwonych: początek hemolizy przy 0.50% roztworu NaCl, koniec hemolizy przy 0.36% roztworu NaCl.

Bilirubina w surowicy krwi 2.7 mg %.

W moczu urobilinogen wybitnie wzmożony (+++).

Po blisko dwutygodniowym okresie leczenia stan poprawił się.

Śledziona i wątroba zmniejszyły się znacznie.

We krwi pewne zwiększenie ilości c. czerw., do 3,250.000, stwierdzono też 112 retikulocytów na 1.000 c. czerwonych.

Ojciec chorej podaje, że ma okresowo żółtaczkę oraz że często widział żółtaczkę u swego ojca.

Badaniem stwierdzono u ojca powiększoną śledzionę, wystającą na 3 palce poniżej łuku żebrowego.

Chora dostawała domięśniowo Pernaemon i doustnie żelazo.

Po powyższym leczeniu czuje się dobrze, nie skarży się na żadne dolegliwości, ma jedynie podżółtaczkowo zabarwione spojówki.

Na usunięcie śledziony nie zgadza się.

W dyskusji przemawiali kol. Progulski i Falkiewicz Antoni.

3. Kol. Albert Z. *przedstawił preparaty anatomo-patologiczne z przypadku ostrego żółtego zaniku wątroby .*

W dyskusji: Kol. Węgrzynowski przytacza przypadek obserwowany wspólnie z prof. Frankem, tyczący się lekarki Żydówki, u której nie można było ustalić żadnej przyczyny niewątpliwego schorzenia *„atrophia hepatis flava"*. Przypadek zakończył się naturalnie śmiercią.

Kol. Fels przypomina, że prof. W. Ziembicki, jako kierownik Oddz. Wewn. w lutym 1929 r. miał w Lwowskim Tow. Lekarskim wyczerpujący wykład, obejmujący cały szereg przypadków ostrego żółtego zaniku wątroby, rozpoznanych za życia. Były to przypadki o przebiegu bądź od razu ostrym, bądź też o przebiegu łagodniejszym, gdzie *hepatitis simplex* lub żółtaczka z powodu kamicy żółciowej albo innego pochodzenia nabrała obrazu ostrego żółtego zaniku wątroby. Niektóre zaś przypadki żółtego zaniku wątroby przebiegały w ogóle przewlekle. Mówca zwraca też uwagę na protokół posiedzenia Tow. Lek. Łódzkiego z dnia 16. XII. 1936 r. (Pol. Gaz. Lek. 1937, nr 41), w którym dr E. Henrykowska omówiła przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby u dziewczynki 5-letniej. Dziecko, cierpiące na żółtaczkę nawet nie leżało, w trzecim tygodniu nastąpiło nagle pogorszenie, wskutek czego oddano ją do Szpitala. Tu wśród ciężkich objawów ogólnych wątroba szybko się zmniejszyła, po kilku dniach nastąpił zgon, a sekcja stwierdziła „podostry żółty zanik wątroby". (Streszczenie własne).

Ponadto przemawiali kol. Nowicki i Falkiewicz Antoni.

4. Kol. Elmer W. *wygłosił wykład pt.: Wyniki leczenia cukrzycy insuliną protaminową.* (Wydrukowano w P. G. L. 1938).

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XXIV posiedzenia naukowego z dnia 22 października 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Sosin J. *wygłosił wykład z pokazami pt.: Ziarnica złośliwa przewodu pokarmowego.*

Zmiany ziarnicze w przewodze pokarmowym mogą występować jako zmiany odosobnione, lub też w przypadkach uogólnionej ziarnicy.

Mogą pojawiać się w jamie nosowo-gardłowej, przełyku, żołądku i we wszystkich odcinkach jelit.

Na podstawie piśmiennictwa znanych jest 12 przypadków ziarnicy złośliwej jamy nosowo-gardłowej, podanych przez Gräffa. Ziarnica przełyku jest bardzo rzadką, bo zaledwie jeden przypadek opisała w roku 1936 Chiolero. Przypadek ten przypominał zupełnie raka włóknistego i powodował silne zwężenie przełyku. Podobnie rzadkie są przypadki odosobnionej ziarnicy w jelicie grubym (przypadek Pope). Najczęściej zmia-

ny występują w żołądku i jelicie cienkim i to pod trzema postaciami: guzowatej, wrzodziejącej lub naciekowej. Równocześnie są zajęte przynależne gruczoły chłonne. Jest to ważne, gdyż w przypadkach zajęcia tylko pewnej grupy gruczołowej, należy dokładnie przebadać przyległe narządy.

Zmiany ziarnicze mogą przypominać zmiany nowotworowe i dopiero badanie histologiczne rozstrzyga o rozpoznaniu. Ziarnica może powodować zwężenia lub przebicia.

Histologicznie w przypadkach odosobnionej ziarnicy stwierdza się zmiany świeże, ze stosunkowo małą ilością komórek Sternberga. W przypadkach zmian ziarniczych przewodu pokarmowego, w uogólnionej jej postaci obrazy mogą być najrozmaitsze. W niektórych miejscach stwierdza się zmiany świeże, w innych starsze z obfitą tkanką łączną i komórkami Sternberga.

Obserwacje przypadków ziarnicy odosobnionej zdają się przemawiać za tym, że zmiany w narządach są zmianami pierwotnymi, a zmiany w gruczołach wtórnymi. Tak więc narządy stanowiłyby bramę wejścia dla czynnika chorobotwórczego, a proces postępuje dalej drogami chłonnymi.

Klinicznie zmiany ziarnicze w przewodzie pokarmowym są bardzo trudne do rozpoznania i najczęściej są rozpoznawane jako zmiany nowotworowe.

Rozpoznać można tylko te przypadki, w których jest powiększona jedna z grup gruczołów obwodowych. Wtedy przez zbadanie histologiczne, próbnie wyciętego gruczołu, stwierdzamy ziarnicę.

Kol. Sosin omówił dokładniej trzy przypadki odosobnionej ziarnicy przewodu pokarmowego i jeden przypadek równoczesnych zmian w żołądku i jelitach w jej postaci uogólnionej.

W dyskusji przemawiali: Kol. Musiał Włodzimierz, Grabowski i Petryński.

2. Kol. Lipiński W. *wygłosił wykład pt.: Wartość przetaczania krwi w klinice ostrych chorób zakaźnych.* (Wydrukowano w P. G. L. 1938).

W dyskusji zabierali głos kol. Onyszkiewicz T. St., Dobrzaniecki, Węgrzynowski, Tanne, w odpowiedzi referent.

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XXV posiedzenia naukowego z dnia 29 października 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Ostrowski T. i Dobrzaniecki W. *przedstawili przypadek wszczepienia moczowodów w 4 lata po zabiegu.*

W dyskusji przemawiali: Kol. Laskownicki, Waller, Ostrowski Tadeusz i Solowij, *w odpowiedzi* kol. Dobrzaniecki.

2. Kol. Onyszkiewicz T. St. *przedstawił dwa przypadki ileus verminosus.*

W dyskusji zabierali głos kol. Solowij, Wolf J. i Ermich; w odpowiedzi referent.

3. Kol. Progulski S. *przedstawił przypadek ankylostomiasis u 4-letniego dziecka.*

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XXVI posiedzenia naukowego z dnia 5 listopada 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Elmer W., Krasowska i Ptaszek L. *przedstawili przypadek ciężkiego niedocukrzenia samorodnego w przebiegu saccharozurii.* (Przypadek został ogłoszony w P. G. L. Nr 19. 1938).

W dyskusji: Kol. Długosz H. W zaburzeniach przemiany węglowodanowej należy uwzględniać nie tylko zbiornik glikogenu, którym jest wątroba, lecz wszystkie czynniki regulujące, którymi są gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym. Na podstawie własnego przypadku saccharozurii samoistnej, w którym nie stwierdzono wyraźniejszych zaburzeń czynności wątroby, wchodzą w grę następujące gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym: za trzustką mogłyby przemawiać tylko bóle w nadbrzuszu, występujące w związku z saccharozurią. W przypadku Hoescha saccharozuria wystąpiła po przejściu ostrego zapalenia trzustki, w przypadku Renckiego i Falkiewicza saccharozurii towarzyszyły bóle o typie kolki trzustkowej. W przypadku własnym wybitnie były zaznaczone zaburzenia czynności przysadki mózgowej, mianowicie: mały wzrost, otyłość typu przysadkowego przed pojawieniem się saccharozurii i w okresie poprawy, małe siodełko tureckie na rentgenogramie czaszki, przeważnie niski poziom cukru we krwi, nadwrażliwość na insulinę, niedorozwój narządów płciowych. Dziwnym zbiegiem okoliczności pierwsze objawy saccharozurii wystąpiły równocześnie z ustaniem miesiączkowania w przypadku własnym, a w przypadku Renckiego i Falkiewicza miesiączki stały się skąpe i występowały rzadko (co 3—8 miesięcy). Zaburzenia w czynności gruczołów płciowych należy tu podkreślić, nie wchodząc w to, czy niedomoga jajników jest pierwotna, czy wynikła z niedomogi przysadki. W nadnerczach nie stwierdzono żadnych zmian.

Przebieg cierpienia w obserwowanym przypadku jest łagodny.

Leczenie dotychczas nieznane. Stosowałem dietę bez cukrów, bez cukru trzcinowego, cukier inwertowany, głodówkę, insulinę, wyciągi trzustki doustnie, nagrzewania trzustki diatermią krótkofalową, wyciągi wątrobowe domięśniowo, preparaty przedniego płata przysadki, preparaty jajnikowe, witaminy A, B, C, D. Ponadto arsen i leczenie objawowe. Najlepiej działały preparaty jajnikowe w dużych dawkach, równocześnie z witaminą A. Chora czuje się obecnie dobrze, wykonuje lekką pracę, przybrała na wadze około 12 kg. Kol. Długosz zapytuje, jak zachowuje się czynność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym w omawianym przez prelegenta przypadku.

Podkreślić jeszcze należy jeden szczegół: wszystkie opisane dotychczas przypadki saccharozurii dotyczą kobiet w wieku 22—34 lat, neuropatycznych. Także lewulozuria i pentozuria występują u osób neuropatycznych. Być może, że u osób neuropatycznych z wilczym głodem, znanych z piśmiennictwa, wyjaśnienia przyczyny schorzenia szukać by należało w saccharozurii. Moim zdaniem, nowe przypadki tego rzadkiego schorzenia można wykryć za pomocą badania moczu na obecność saccharozy u osób neuropatycznych, szczególnie z wilczym głodem, a nie za pomocą badania nawet tysięcy próbek moczu nadsyłanych do pracowni.

W dalszym ciągu przemawiali kol. Falkiewicz Antoni i Moraczewski.

Kol. Długosz po raz drugi odpowiada kol. Falkiewiczowi. Po przestudiowaniu historii choroby chorej Renckiego i Falkiewicza i na podstawie własnego przypadku należy stwierdzić wbrew opinii dra Falkiewicza czasową zbieżność objawów saccharozurii i zaburzeń lub ustanie miesiączki, niezależnych od wyniszczającej choroby, gdyż skąpe miesiączki lub ich ustanie wystąpiło na początku choroby, kiedy chore nie były wyniszczone.

Kol. Moraczewskiemu: obserwowana chora wydzielała cukier trzcinowy po podaniu lewulozy i galaktozy.

Kol. Węgrzynowski dodaje kilka szczegółów dotyczących obserwowanego w jego Lecznicy przypadku. Chorą zna od lat 8 z Poradni i Przychodni Przeciwgruźliczej. Już wówczas robiła wrażenie psychicznie i fizycznie niedorozwiniętej. Obecnie, mając lat 22, robi wrażenie co najmniej 16-letniej, a niedorozwój umysłowy jest wybitny.

Narządy płciowe okazują również niedorozwój. Miesiączkuje skąpo i nieregularnie. Podnieść należy szczegół, że w 16. roku życia utraciła wszystkie zęby. Co się tyczy rozpoznania, to zwrócił uwagę u chorej występujący „wilczy głód" przy spadku wagi ciała i spożywaniu ogromnych ilości cukru do 250 g na raz.

Zalecone badanie moczu wykazało: c. g. 1.045. Resztę badań dokonano już w następstwie powyższych faktów.

2. Kol. Pastel L. (gość) *przedstawił przypadek: Żylakowatości ogólnej z niezwykłym umiejscowieniem zmian, na tle wrodzonej mniejszej wartościowości układu łącznotkankowego* (wydrukowano w P. G. L.).

W dyskusji kol. Goldschlag.

Sekretarz: *W. Musiał.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 2 marca 1937 roku

Kol. Prezes zawiadamia o zgonie śp. dra H. Nusbauma następującym przemówieniem: „Szanowni Koledzy! Przed kilku dniami zakończył pracowite życie jeden z najstarszych lekarzy polskich, członek honorowy naszego Towarzystwa, a przed 37 laty jego wiceprezes, prof. honorowy U. J. P. dr med. Henryk Nusbaum. Zanim sekretarz wygłosi z tego miejsca obyczajem przyjętym życiorys i podniesie zasługi tego mądrego, a tak niezmiernie skromnego lekarza, przyrodnika, etyka i myśliciela, niezłomnego idealisty, proszę zebranych o uczczenie Jego świetlanej pamięci przez powstanie i chwilę skupienia ducha".

Kol. Rutkowski J. (czł. T-wa), *wygłosił odczyt pt.: „Pozazwojowe przecięcie uosobnione korzonka czuciowego nerwu trójdzielnego w przypadku ciężkiej rwy twarzowej".* Pokaz chorego (streszczenie własne).

Chory z zawodu cieśla, lat 31, od 7 lat cierpi na ciężkie i bardzo częste samoistne napady bólowe w obrębie przeważnie 3., częściowo również 2. gałęzi prawego nerwu trójdzielnego. Leczył się on w najrozmaitszy sposób, najskuteczniejszymi okazały się wstrzykiwania alkoholu do pnia 3. gałęzi nerwu u podstawy czaszki. Chory, wobec częstych nawrotów i bardzo silnego natężenia bólów, uniemożliwiających mu pracę zawodową, zażądał jak najbardziej doszczętnego leczenia i zgodził się na zaproponowaną mu operację Fraziera *(neurotomia retrogasseriana)*. Operację tę wykonałem w miejscowym znieczuleniu dnia 13 lutego br. Wobec tego, że nerwoból nie dotyczył 1. gałęzi przeciąłem nie cały korzonek czuciowy, lecz tylko dwie trzecie dolne (zewnętrzne). W ten sposób uniknąłem znieczulenia gałki ocznej i obawy o oko. Bezpośrednio po operacji chory stracił bóle i zapadł w długi i głęboki sen. Przebieg pooperacyjny gładki. Podobne przecięcie uosobnione wykonałem parę miesięcy temu u innego chorego również z bardzo dobrym wynikiem. W razie przecięcia całego korzonka czuciowego należy na oko założyć na dwa tygodni ochronne szkiełko zegarkowe. Podobnych chorych miałem już możność przedstawić w Tow. Lek. Warsz. i na posiedzeniu naukowym w Szpitalu Dz. Jezus (następuje pokaz chorego i szeregu rycin, przedstawiających przebieg operacji Fraziera).

Rozprawy: Kol. H i g i e r (senior) (streszczenie własne). Mówca uważa, że pokaz był bardzo celowy i na czasie. W terminologii i nomenklaturze nerwobólów twarzy panuje nie tylko wśród publiczności, ale i wśród lekarzy pewna dezorientacja. Nerwoból objawowy jest sprawą niewinną, łatwo uleczalną. Nerwoból nadoczodołowy, występujący po nieżycie błony śluzowej nosa lub po grypie, znika szybko bez leczenia lub po gorących okładach albo po salicylu i chininie. Również inne nerwobóle twarzy, zależne od ucisku gałązki nad- lub podoczodołowej wskutek zajęcia zatoki czołowej lub Highmora znikają przy leczeniu przyczynowym zatoki.

Zupełnie inaczej zachowuje się nerwoból samoistny (*tic douloureux*, rwa twarzowa) bez wyraźnej etiologii, gdzie dochodzi po latach do zupełnej nieudolności, do niemożności mycia twarzy, do utrudnienia mowy, żucia i łykania, do pełnych bólu bezsennych nocy, do wyniszczenia a nawet do śmierci głodowej.

Z trzech, moim zdaniem, racjonalnych metod operacyjnych leczenia nie przyjęła się najradykalniejsza i najpewniejsza metoda F. K r a u s e g o (usunięcie zwoju Gassera, ukrytego w uchyłku Meckela na podstawie czaszki), mimo iż dawała zupełne wyleczenie. Był to zabieg ciężki, który dawał duży odsetek śmiertelności (wyżej 50%).

Późniejsza metoda H a e r t h a bez otwierania czaszki, polegająca na wprowadzeniu za pomocą igły przez policzek i przez otwór owalny 1—2 kropel czystego alkoholu do zwoju Gassera, jest dobra i polecenia godna, gdyż w ręku doświadczonego lekarza trwa zabieg kilka minut, nawroty wprawdzie nieraz występują, ale nie zanotowano nigdy zejścia śmiertelnego. W moim własnym dużym materiale (ogłoszonym częściowo jeszcze przed wojną w Pol. Gaz. Lek. i *Deutsche Zeitschrift f. Nervenkrankheit.*) występowało doraźne znieczulenie całej połowy twarzy i jamy nosowej, ustnej i oka. Toteż wspomina o tym materiale m. i. prof. O p p e n h e i m. w swoim klasycznym podręczniku neuropatologii, jako przekonywującym. Słabą stroną tej metody było to, że dawała nieraz niedowład żwaczy i zapalenie znieczulonej rogówki unerwianych przez alkoholizowany n. trójdzielny.

Pewniejszą pod tym względem od alkoholizacji zwoju Gassera jest przedstawiona przez prelegenta metoda amerykańska (F r a z i e r i D a n d y) z przecięciem i zniszczeniem nie samego zwoju ruchowo-czuciowego, lecz jego drobnej części składowej tj. *radix sensitivus nervi V* na drodze do zwoju (przecięcie pozazwojowe).

Kol. H i g i e r zwraca też uwagę, że aczkolwiek z opisu zabieg ten wydaje się bardzo poważny, gdyż pole operacyjne znajduje się u podstawy czaszki i mózgu, to jednak śmiertelność wynosiła na materiale około 400 ciężkich przypadków rwy twarzowej, przed kilku laty 1%, a w rękach mistrza i odkrywcy metody F r a z i e r a spadła ostatnio do 1/4%, co się praktycznie równa operacji „zupełnie bezpiecznej" i zupełnie bez powikłań.

Kol. F i l i ń s k i Wł. (czł. T-wa) *wygłosił odczyt pt.: Gościec stawowy przewlekły (rheumatismus chronicus, polyarthritis chronica progressiva s. destruens, arthritis pauperum)* — pokaz chorych. Streszczenie własne.

Trzy przedstawione chore dają różne obrazy tego samego cierpienia w zależności od okresu jego rozwoju.

Pierwsza — pracownica domowa, lat 43, zachorowała przed rokiem, kiedy zjawiły się powoli narastające bóle, a następnie niewielkie obrzmienia stawów przy stanie bezgorączkowym. Dolegliwości stopniowo się nasilały i wreszcie uniemożliwiły pracę. Obecnie znajdujemy zniekształcenia palców i znaczne ograniczenie ich ruchomości. Chodzenie utrudnione z powodu bólów w stawach przy ruchach.

Druga — posługaczka, lat 36, zachorowała przed 15 miesiącami, miała podobno grypę. W jakiś czas potem wystąpiły bóle w stawach bez gorączki. Widzimy teraz zniekształcenie dłoni, ruchy we wszystkich prawie stawach są bolesne, chodzenie bardzo utrudnione.

Trzecia — żona dozorcy domowego, lat 38, zachorowała przed dwoma laty wśród bólów i nieznacznego obrzmienia stawów. Przez pół roku chora pracowała, później było to niemożliwe; od kilku miesięcy nie opuszcza łóżka. Znajdujemy tu zniekształcenie dłoni, ograniczenie ruchów w stawach barkowych i łokciowych, zesztywnienia w kolanach.

Ze strony klinicznej w przypadkach gośćca przewlekłego uderza pewne podobieństwo, a jest nim charakterystyczne zajęcie przede wszystkim drobnych stawów rąk. Tam też znajdujemy największe zmiany, które jednak z biegiem czasu szerzą się na inne, prawie wszystkie, stawy.

Sprawa zapalna toczy się głównie w torebce stawowej a stamtąd dopiero przechodzi na chrząstki, prowadzi do ich zaniku i zastąpienia przez tkankę włóknistą, która znów w pewnych warunkach może ulec skostnieniu. W ten sposób powstają nieprawidłowe ustawienia wzajemne kości, zniekształcenia oraz zesztywnienia włókniste lub nawet kostne. W obrazie radiograficznym występuje zwężenie przestworów stawowych i odwapnienia nasad kostnych, co właśnie uwidoczniają zdjęcia przedstawionych chorych. Na innych pokazanych tu zdjęciach widać zrosty kostne.

Ten dość charakterystyczny obraz kliniczny i anatomo-patologiczny spowodował to, że chorobę tę nazywają przewlekłym gośćcem zniekształcającym (*rheumatismus chronicus deformans*). To określenie nie powinno, rzecz prosta, wywoływać zamętu i pomieszania w tzw. *arthritis deformans*, inaczej *osteo-arthritis* lub *osteo-arthrosis deformans*. Choroba ta obejmuje tylko duże stawy (*malum coxae senile*).

Przedstawiony zespól kliniczny przewlekłego gośćca nie przeszkodził temu, że z punktu widzenia etiologicznego dopatrują się różnych przyczyn w jego powstawaniu. Wystarczy przejrzeć kilka klasyfikacji, aby zobaczyć, że znajduje się on na różnych miejscach, nieraz na kilku jednocześnie; powstawanie jego łączy się to z czynnikami natury dokrewnej, to z uczuleniem, to z różnorodnymi zakażeniami.

Na podstawie spostrzeżeń własnych podzielam zdanie tych, którzy w przewlekłym gośćcu widzą określoną jednostkę chorobową i czynnik wywoławczy zakaźny ten sam, co i w gośćcu ostrym. Oprócz charakterystycznego obrazu klinicznego przemawiają za tym postacie przejściowe, przyśpieszone opadanie krwinek (jak w gośćcu ostrym) i wreszcie badania anatomo-patologiczne, które w gośćcu przewlekłym wykazały guzki Aschoffa. Nadmienię jeszcze, że w jednym z dawniejszych moich przypadków spotkałem się z zapaleniem tęczówki, powikłaniem znamiennym dla gośćca.

Przewlekły przebieg choroby tłumaczy się swoistym osobniczym odczynem ustroju. Postępujący charakter cierpienia można wiązać w pewnym stopniu z nieodpowiednim leczeniem i niekorzystnymi warunkami życia, stąd gościec przewlekły występuje przede wszystkim w warstwach ludności ubogiej i z dawna nosi też nazwę *arthritis pauperum*.

Przy rozpoznawaniu różniczkowym trzeba uwzględnić tzw. rzekomy gościec gruźliczy i kiłowy, które dają obraz zapalenia wielostawowego. W schorzeniach tych nie występują w tak uderzający sposób charakterystyczne zniekształcenia rąk. Możność wykluczenia ich opiera się również na braku czynników etiologicznych. W przypadkach przedstawionych nie wykryto żadnych czynnych zmian gruźliczych, odczyn Pirqueta wypadł ujemnie. Co się tyczy kiły, to chore miały jej nie przechodzić, a także nie było w wywiadach danych pośrednich, jak choroba męża, poronienia, które mogłyby nasunąć pewne podejrzenia. Odczyn Bordet-Wassermanna z surowicami krwi dał wyniki ujemne.

Jeżeli zdarzyłby się przypadek z wyłącznym zajęciem drobnych stawów, to można by brać jeszcze pod uwagę dnę, jednak już wygląd zewnętrzny, a mianowicie beczkowate zgrubienia pozwalają rozpoznać ją właściwie. Gdyby zachodziły trudności, to zdjęcia rentgenowskie uwidaczniają w dnie charakterystyczne ogniskowe odwapnienia w nasadach kości, odpowiadające złogom soli kwasu moczowego.

Rozprawy: Kol. Szokalski K. W powstawaniu gośćca stawowego zniekształcającego doszukuje się dwóch czynników: choroby podstawowej przewlekłej, za jaką uważa się kiłę lub gruźlicę i nieznanego czynnika, wywołującego na przygotowanym uprzednio podłożu zmiany gośćcowe.

Mówca w przypadkach przewlekłego gośćca nigdy nie ograniczał się tylko do odczynu Wassermanna, tym bardziej jednorazowo wykonanego; przypomina spostrzegany w szpitalu przypadek, w którym przewlekły gościec stawowy kończyn górnych miał tło kiłowe, mimo iż krew badana kilkakrotnie na odczyn Wassermanna dawała wynik ujemny. Dopiero intensywne leczenie przeciwkiłowe spowodowało dodatni wynik odczynu Wassermanna (++++). Odróżnienie *arthritis deformans* od artropatii tabetycznej pod względem makro- i mikroskopowym jest nieraz bardzo trudne. Mówca widział wiele przypadków gośćca stawowego zniekształcającego z dodatnim odczynem Wassermanna we krwi i dlatego zaleca ostrożność przy wykluczaniu kiły.

Kol. Wagner podkreśla doniosłość tematu, w którym prelegent tak słusznie wydzielił całą grupę schorzeń stawowych przewlekłych.

Wszystkie cierpienia gośćcowe charakteryzują się podwyższoną ciepłotą, która jest wyrazem zakażenia z migdałków, zębów lub przez laseczkę okrężnicy, a dobre wyniki po stosowaniu preparatów salicylowych jeszcze dobitniej dowodzą o zakaźnym pochodzeniu powyższych cierpień. W niektórych cierpieniach gośćcowych daje dobry wynik wstrzykiwanie złota. Ponieważ jest ono przeznaczone do leczenia gruźlicy, to na tej podstawie można wnioskować o gruźliczym pochodzeniu gośćca.

W kiłowych schorzeniach stawów nie ma gorączki; leczenie swoiste daje dobry wynik. Należy bardzo dokładnie rozpoznać charakter cierpienia stawowego, aby w leczeniu nie popełnić błędu.

Kol. Zakrzewski Z. i Wilner St. (z Pracowni Biologicznej Instytutu Radowego im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie, kierownik dr Z. Zakrzewski) *wygłosili odczyt pt.: „W sprawie uodpornień przeciw przeszczepianym nowotworom za pomocą szczepień doskórnych“* (streszczenie własne).

Autorzy powtórzyli i wykonali szereg doświadczeń nad możnością uodporniania myszy przeciwko mięsakowi Ehrlicha pod wpływem szczepień doskórnych dawek nowotworowych.

Według Besredki i Grossa szczepienie małych dawek (0,02—0,1 cm^3 20% zawiesiny nowotworu) wywoływało po 5—6 dniach w miejscu szczepienia powstawanie drobnego guzka, który po 15 dniach zaczynał wrzodzieć i pokrywał się strupkiem, następnie wchłaniał się, po czym zwierzę pozostawało zdrowe. Zwierzęta, u których guzek rosnący w skórze cofnął się i u których nie doszło do nawrotu, były odporne na dalsze szczepienia tym nowotworem tak, że bez szkody znosiły podskórne lub doskórne szczepienia nawet dużych dawek zawiesiny tkanki nowotworowej.

Na podstawie tych doświadczeń Besredka i Gross przypuszczają, że przez odpowiednie dawkowanie doskórnych szczepień nowotworowych można uodpornić przeciwko nowotworom, że odporność ta jest swoista i że skóra odgrywa główną rolę w sprawie odporności przeciwko nowotworom.

Autorzy stosowali dawki 0,02 cm^3 20, 10, 5, 2,5, 1, i 0,5-procentowej zawiesiny guza. Dawki te były zmniejszane stopniowo tak, że autorzy doszli do dawki 80-krotnie mniejszej od dawki stosowanej przez Besredkę i Grossa. Ilekroć szczepienie nawet tych małych dawek nowotworów się przyjęło, guz zawsze się rozrastał i doprowadzał do śmierci zwierzęcia. Badanie autorów nie potwierdziło w niczym zapatrywań Besredki i Grossa, w myśl których tkanka skórna miałaby posiadać jakieś wybitniejsze znaczenie w sprawach odporności przeciw nowotworom w ogólności, a przeciw nowotworom przeszczepialnym w szczególności.

Fakt, że po wessaniu się guza wśródskórnego skóra staje się odporną na dalsze szczepienia tym samym, czy innym nowotworem, nie jest zjawiskiem zupełnie nowym, dającym się zaobserwować tylko przy tego rodzaju szczepieniach, lecz jest zjawiskiem znanym, występującym zawsze, jeśli nowotwór z jakiegokolwiek powodu i w którejkolwiek tkance cofnie się i wessie.

Rozprawy: Kol. Flaks podaje, że już od 2 lat występował przeciw poglądom Besredki i twierdzi, iż skóra nie daje odporności przeciw nowotworom. Ostatnio na Międzynarodowym Zjeździe w Brukseli Besredka w rozmowie z kol. Flaksem wycofał się ze swego stanowiska. Mówca nie zgadza się z kol. Zakrzewskim, że procent nowotworów szczepionych doskórnie, nie cofających się jest większy, aniżeli szczepionych podskórnie i domięśniowo. Kol. Zakrzewski stosował większe rozcieńczenia, niż Besredka, a mówca jeszcze większe; prawie 80% nowotworów szczepionych doskórnych cofa się. Mówca sądzi, że tłumaczenie kol. Zakrzewskiego, iż chodzi tu o zakażenie szczepionych doskórnie nowotworów nie ma słuszności. Besredka w *„Presse Médicale“* zaznacza kol. Zakrzewskiemu, że zakażenie nie wpływa na wzrost nowotworów, a z drugiej strony przyznaje, że zakażenie nowotworów daje większą liczbę przerzutów; twierdzi poza tym, że przy szczepieniu doskórnym w paru przypadkach guzy nowotworowe świetnie się rozrastają i dają przerzuty do licznych narządów. Mięsak szczurzy Jensena w szczepieniach śródskórnych daje większą ilość przerzutów dlatego, bo zwierzęta żyją dłużej i jest więcej czasu na rozwój tych nowotworów. Ta interpretacja kol. Zakrzewskiego nie wydaje się mówcy słuszną, gdyż przypuszcza istnienie poważniejszych przyczyn, a kwestia czasu nie jest tak wyjątkowo ważna. Można porównywać tylko czas powstawania przerzutów przy tym samym rodzaju szczepienia.

Kol. Zakrzewski zaznacza, iż zwierzęta szczepione podskórnie nie wykazują przerzutów, gdyż żyją krótko, natomiast u szczepionych doskórnie stwierdza się przerzuty, ponieważ żyją dłużej.

Kol. Zakrzewski w odpowiedzi zaznacza, że kol. Flaks ma zastrzeżenia co do twierdzenia, jakoby przerzuty powstawały częściej zawsze wtedy, ilekroć nowotwór rósł najwięcej.

Kol. Flaks uważa, że nie można porównywać częstości pojawiania się przerzutów przy podskórnym szczepieniu nowotworem z częstością pojawiania się ich przy szczepieniu doskórnym, ponieważ w obu przypadkach szczepiony nowotwór rozwija się w różnych tkankach. Jeśli chodzi o nasze doświadczenia, to wypowiedziane zastrzeżenie nie wydaje się nam słuszne. Wśródskórnie szczepiony nowotwór, rozwijając się szybko, przenika do tkanki podskórnej, a nawet tkanki mięsnej i wtedy nie można już mówić o rozwoju nowotworu jedynie tylko w skórze. Nie różni się on wtedy już zupełnie od nowotworu szczepionego pod skórą, więc nie można przypisywać mu odmiennych własności biologicznych, do których należy zdolność dawania przerzutów. W doświadczeniach naszych, wykonywanych od szeregu lat z tym nowotworem, mianowicie mysim mięsakiem Ehrlicha, mogliśmy zawsze spostrzec liczne przerzuty wtedy, kiedy nowotwór z jakiegokolwiek powodu wzrastał wolniej, niż normalnie.

W sprawie przytoczonej przez nas możliwości cofania się zakażonych nowotworów stwierdzić musimy, że często przypadkowe zakażenie guzów może doprowadzić do cofania się nowotworów lub też do tego, że nowotwór taki staje się niezdatnym do dalszych przeszczepień, ponieważ wchłania się po krótkim okresie wzrostu. W niektórych przypadkach, jak o tym świadczą doświadczenia Szwarcmana lub Fogga, można doprowadzić nowotwory do cofania się i wchłaniania przez umyślne ich zakażanie pewnymi drobnoustrojami.

Jeśli istotnie kol. Flaksowi udało się częściowo potwierdzić wyniki Besredki i Grossa i uzyskać cofanie się guzów szczepionych doskórnie w dawkach jeszcze mniejszych niż nasze, to oczywiście i my w dalszych naszych doświadczeniach będziemy musieli zmniejszyć dawki. Ze względu jednak na to, że dawki obecnie przez nas stosowane tak są małe, że tylko w nikłym odsetku wywołują nowotwory, obawiamy się, że dalsze zmniejszenie dawki doprowadzi do powstawania nowotworów w wyjątkowych tylko przypadkach. Na podstawie naszych dotychczasowych badań nie mogliśmy potwierdzić wyników Besredki i Grossa, toteż odrzucamy na razie twierdzenia tych autorów, tyczące się odporności. Być może, że dalsze badania będą mogły zmienić nasze zapatrywania.

Zastępca sekretarza dorocznego: *Michał Żabczyński.*
Prezes: *Józef Skłodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Województwa Nowogródzkiego Oddział w Baranowiczach

Protokół posiedzenia z dnia 24 stycznia 1938 roku
Przewodniczący: Dr Malkiewicz

Dr Mazurkiewicz *przedstawia: 1) przypadek choroby Bürgera.*

Chory P. N., lat 35, rolnik, zgłosił się do szpitala dnia 26 września 1937 r. ze skargami na bolesne owrzodzenia kikutów palców, w miejscu dokonanych w ubiegłym roku amputacji. Choroba rozpoczęła się przed 1$^1/_2$ rokiem obrzękiem i martwicą obu paluchów. Wtedy dokonano choremu amputacji lewego palucha oraz operacji Leriche'a na tętnicy udowej lewej (dr Krauss). Po tej operacji chory powrócił do zdrowia i czuł się dobrze przez 13—14 miesięcy, wkrótce jednak zgłosił się do szpitala

po raz drugi ze skargami na ostre bóle prawej kończyny, występujące w czasie chodzenia i zmuszające chorego do zatrzymywania się. Badanie przedmiotowe wykazało wtedy: brak tętna na obu tętnicach grzbietowych stóp, martwicę I, II, III palców prawej stopy. Z powodu tych objawów dokonano wyłuszczenia I i II palca prawej stopy i wycięcia niedrożnej tętnicy udowej prawej wraz z odcinkiem towarzyszącej jej żyły (oper. dr Achmatowicz). Po zabiegu tym nastąpiła znaczna poprawa (ustąpienie bólów, podniesienie ciepłoty chorej kończyny do poziomu prawidłowego), po 2 tygodniach jednak bóle kończyny i inne objawy znowu powróciły. Wtedy wykonano u chorego trzeci z kolei zabieg w postaci ganglienektomii lędźwiowej po stronie prawej (dr Achmatowicz). Po zabiegu tym chory znowu powrócił do zdrowia, rany poamputacyjne kikutów palców szybko się zagoiły i bóle ustąpiły. Chory wypisał się ze szpitala. Ten stan dobrego samopoczucia trwał tylko trzy miesiące. Obecnie chory zgłasza się po raz trzeci do szpitala z powodu objawów wymienionych na wstępie (odnowienie się owrzodzeń kikutów i rozwój martwicy stóp). Stan obecny: chory średniego wzrostu, miernie odżywiony, blady, ciepłota ciała normalna, tętno około 90 na minutę, regularne, klatka piersiowa wysunięta ku przodowi w postaci dzioba, płuca bez zmian, nad koniuszkiem serca stwierdza się głośny skurczowy szmer; poprzeczny wymiar serca powiększony, tętnice grzbietowe stóp i podkolanowe nie tętnią. W miejscu odjęcia palców obu stóp znajdują się głębokie owrzodzenia o brzegach nierównych, z cechami martwicy i dnach pokrytych gęstą, cuchnącą wydzieliną ropną. Wobec powyższych objawów zaproponowano choremu usunięcie nadnercza, na co chory się zgodził.

W uśpieniu eterowym dokonano usunięcia nadnercza lewego (dr Achmatowicz). Technika operacyjna polegała na wycięciu dwunastego żebra, pozaotrzewnowym dotarciu do nadnercza. Już w trzy godziny po operacji bóle kończyn całkowicie ustąpiły, rany szybko zaczęły się goić i chory w 12 dni po operacji opuścił szpital.

W dyskusji dr Achmatowicz podkreśla krótkotrwałe okresy wyzdrowienia po zabiegach na układzie współczulnym i obawia się, że usunięcie nadnercza może również spowodować tylko krótkotrwałe polepszenie.

2) *Przypadek przebicia wrzodu modzelowatego dwunastnicy powikłanego ropniem podwątrobowym.*

Chory K. A., lat 45, zgłosił się dnia 12. XII. 1937 r. do szpitala ze skargami na silne bóle w okolicy prawego nadbrzusza, wymioty, zimne poty i silne osłabienie. Choroba zaczęła się w dniu wczorajszym nagle, silnym bólem w okolicy prawego podbrzusza i wymiotami; gazy przez cały czas odchodziły. Od roku chory cierpi na zgagę, odbijanie, rozwolnione stolce i bóle, występujące regularnie 4 godziny po jedzeniu. Stan obecny: chory wyniszczony, blady, ciepłota ciała 37,2°, tętno regularne, około 100 na min. W płucach i sercu zmian nie stwierdza się. Brzuch miernie wzdęty, deskowato twardy, szczególnie w okolicy prawego nadbrzusza. Stłumienia wątrobowego brak. Wobec tego, że całokształt obrazu klinicznego przemawiał za ukrytym przedziurawieniem dwunastnicy, zdecydowaliśmy się powstrzymać z dokonaniem zabiegu operacyjnego. Po 12 dniach bez gorączkowego przebiegu przy dobrym samopoczuciu przystąpiliśmy do dokonania zabiegu operacyjnego (oper. dr Achmatowicz).

W uśpieniu eterowym, cięciem od wyrostka mieczykowatego do pępka otwarto jamę brzuszną i stwierdzono: część przyodźwiernikowa, odźwiernik i opuszka dwunastnicy w licznych zrostach z prawym płatem wątroby. Żołądek znacznie rozszerzony. Przy oddzielaniu żołądka od wątroby został otwarty ropień położony między lewym płatem wątroby a krzywizną mniejszą żołądka. Ropień osuszono, po czym stwierdzono modzelowaty wrzód opuszki dwunastnicy z nieznacznym jej przewężeniem. W danym wypadku uważaliśmy, że wycięcie żołądka nie jest wskazane ze względu na istniejący ropień podwątrobowy i ograniczyliśmy się do założenia zespolenia żołądkowo-jelitowego tylnego metodą Bier'a. Jama brzuszna została zamknięta warstwowo, a do jamy ropnia wprowadzono niewielki sączek gazowy. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, w trzy tygodnie po dokonanej operacji chory opuścił szpital.

W dyskusji dr Achmatowicz podkreśla, że w wypadkach ukrytych przedziurawień żołądka lub dwunastnicy należy nie operować, lecz czekać na całkowite odgraniczenie się procesu zapalnego i dopiero po całkowitym ustąpieniu objawów zapalnych dokonać wycięcia żołądka; w danym wypadku wycięcie żołądka było przeciwwskazane ze względu na istniejący ropień w polu operacyjnym.

Dr Budowla przedstawia: *Przypadek zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego powikłanego skrętem kątnicy.*

Wywiad: chory zgłosił się do szpitala dnia 15. XII. 1937 r. z powodu bólów brzucha, które wystąpiły nagle w dniu wczorajszym wraz z wymiotami. Gorączki nie było. Stan obecny: chory budowy prawidłowej, odżywienia miernego, język suchy, obłożony, narządy klatki piersiowej bez zmian, brzuch wzdęty równomiernie, w prawym podbrzuszu obrona mięśniowa, stolca nie miał, mocz oddaje prawidłowo, ciepłota ciała: 37,1°, tętno 90/min. Operacja (dr Narkun): w uśpieniu eterowym, cięciem pararektalnym prawym otwarto jamę brzuszną i stwierdzono zgorzel wyrostka robaczkowego, ponadto skręt kątnicy i kiszki wstępującej wokoło swej krezki o 360°. Odkręcono jelito i usunięto wyrostek robaczkowy. Jamę brzuszną zamknięto na głucho. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Dr Achmatowicz przedstawia: *Przypadek choroby Pierre Marie-Bechterewa.*

Chory, lat 40, rolnik z powiatu słonimskiego, podaje, że 6 lat temu zjawiły się bóle w szyjnej części kręgosłupa. Chory był leczony różnymi środkami, lecz bez skutku. Obecnie stwierdza się całkowite zesztywnienie części szyjnej kręgosłupa tak, że chory nie może poruszyć głową ani szyją w żadnym kierunku. Kręgosłup części piersiowej i lędźwiowej zmian patologicznych nie wykazuje. W kośćcu niczego patologicznego nie stwierdza się. Zdjęcie rentgenowskie części szyjnej kręgosłupa wykazuje skostnienie między wyrostkami stawowymi. Zmian gruźliczych brak. Obmacywaniem stwierdza się nieznaczne powiększenie tarczycy. Badanie krwi na poziom wapnia, dokonany w Wilnie przez dra Gelmana, wykazało 15 mg %. Wobec powyższego przyszliśmy do wniosku, że mamy do czynienia z zaburzeniem przemiany wapniowej uzależnionej od nieprawidłowej czynności gruczołów przytarczycznych. Rozpoznaliśmy *spondyloarthrosis ankylopoëtica Pierre Marie-Bechterewa* części szyjnej kręgosłupa. Operacji dokonałem dnia 13. I. 1938 r. w znieczuleniu miejscowym. Chcę tutaj podkreślić, że najważniejszym momentem dla odnalezienia gruczołów przytarczycznych jest uruchomienie płata tarczycy i wyłonienie go na zewnątrz, jak przy operacji wola. W tym celu należy koniecznie podwiązać i przeciąć między podwiązkami tętnice tarczycowe górną i dolną. Przytarczycy należy szukać między rozgałęzieniami dolnej tętnicy tarczycznej od strony tylnej powierzchni tarczycy i między rozgałęzieniami tętnicy tarczycznej górnej również na tylnej powierzchni tarczycy. Szukać należy uważnie, cierpliwie, nie spiesząc się, nie wywołując najmniejszego krwawienia. W ten sposób usunąłem dwie przytarczyce po stronie lewej, a powiększony lewy płat tarczycy wyciąłem. Badanie mikroskopowe skrawków, dokonane w pracowni prof. Ciechanowskiego w Krakowie, wykazało, że wycięte twory są dwoma gruczołami przytarczycznymi. Na tym miejscu chcę podziękować Panu Profesorowi Ciechanowskiemu za dokonywanie badań anatomopatologicznych dla naszego Szpitala bezinteresownie, co daje nam możność pogłębiać naszą wiedzę lekarską, a biednej ludności kresów północno-wschodnich korzystać z najnowszych zdobyczy nauki lekarskiej.

Wynik zabiegu operacyjnego był nadspodziewanie dobry. Już w trzy dni po operacji chory zaczął po trochę ruszać głową, a samopoczucie jego znakomicie się poprawiło. W 6. dniu po operacji chory opuścił szpital.

Nie możemy oczywiście oceniać tego wyniku jako wyleczenie, gdyż tylko dalsza obserwacja chorego pozwoli nam wysnuć odpowiednie wnioski.

Dr Narkun przedstawia: 1) *Przypadek torbieli wielokomorowej śluzowej jajnika olbrzymich wymiarów.*

Chora, lat 29, podaje, że 4 lata temu w drugim miesiącu (z kolei czwartej) ciąży zaczął powiększać się brzuch niewspółmiernie do okresu ciąży. Straciła łaknienie, słabła coraz bardziej, lekarz rozpoznał wodobrzusze i leczył jej serce. Poród odbył się prawidłowo, ale po porodzie brzuch coraz bardziej się powiększał. Od czasu do czasu miewała wymioty, które niekiedy były zielone. Stolce nie były regularne, zaparte, to rozwolnione. Miewała zatrzymywanie wiatrów. Lekarz, który rozpoznał wodobrzusze, dokonywał kilkakrotnie nakłucia jamy brzusznej i wypuszczał w dużej ilości płyn, który znowu wkrótce się zbierał, co ostatecznie zmusiło chorą do zgłoszenia się do szpitala. Stan obecny: chora blada, średniego odżywienia, ciepłota ciała 37,2°, tętno 100. Badanie płuc wykazuje liczne rzężenia drobnobańkowe, rozsiane w obu płucach, z tyłu, zwłaszcza po stronie lewej. Granice serca bez zmian, tony czyste. Brzuch powiększony, rozszerzony na boki, wypuk jest wszędzie stłumiony, za wyjątkiem dołka podsercowego. Stłumienie jest trochę ruchome w zależności od ułożenia chorej. Obmacywaniem stwierdza się w podżebrzu prawym guz o nierównej powierzchni, bolesny, o spoistości twardej, zajmujący całe podżebrze. Bada-

nie dwuręczne przez pochwę wykazuje, że guz zajmuje całą miednicę małą. Operacja (dr Narkun): w uśpieniu eterowym otwarto jamę brzuszną i stwierdzono olbrzymich rozmiarów torbiel jajnika lewego, zrośniętą z jelitami i ścianą brzuszną. Torbiel nakłuto i po wypuszczeniu płynu oraz wydzieleniu z otaczających zrostów usunięto, zamykając jamę brzuszną na głucho.

W dyskusji dr Achmatowicz podkreśla interesujący szczegół: nakłuwanie przez lekarza kilkakrotnie torbieli jajnika, gdyż przypuszczał, że to jest wodobrzusze na tle niewyrównanej wady serca.

2) Chory, lat 47, rolnik, podaje, że w roku 1915 w czasie wojny światowej został ranny w brzuch i w mosznę odłamkami granatu. Po zranieniu chory miał krwiomocz, który utrzymywał się przez dosyć długi czas. Był operowany w Szpitalu Wojskowym w Petersburgu. Od chwili zagojenia rany oddawał mocz od 4—6 razy w nocy i kilkanaście razy w dzień, poza tym mocz odchodził kroplami bezwiednie. Ostatnio chory zauważył, że w prawej połowie moszny zjawił się guz, który wciąż rośnie i sprawia dolegliwości choremu. Przy badaniu stwierdza się: ciepłota ciała normalna, narządy wewnętrzne bez zmian, brzuch miękki, niebolesny; od pępka do podstawy prącia biegnie szeroka pooperacyjna blizna. Brak prawego jądra. Po stronie prawej od podstawy prącia znajduje się guz wielkości niewielkiego jaja kurzego, przy obmacywaniu nieco bolesny, ruchomy, o powierzchni nierównej, twardy, który sięga do części błoniastej cewki moczowej. Przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z kamieniem, który wytworzył się wskutek byłego zacieku moczowego po postrzale cewki moczowej. Choremu zaproponowano usunięcie guza, na co się zgodził. W dniu 25. I. 1938 r. w uśpieniu eterowym (operator dr Achmatowicz) dokonano cięcia wzdłuż przedniej powierzchni guza. Dotarto warstwowo do worka o budowie zbitej, łącznotkankowej, wydzielono ten worek; przekonano się wówczas, że sięgał on wysoko ponad podstawę prącia i ku dołowi do części błoniastej cewki; nacięto go i stwierdzono w nim jeden kamień wielkości orzecha włoskiego i 4 mniejsze kamienie. Kamień większy i kamienie mniejsze były pokryte licznymi włosami. Kamienie usunięto; wtedy przekonano się, że worek jest wysłany od wewnątrz śluzówką cewki moczowej, na której rosły w dużej ilości włosy. Worek ten był uchyłkiem cewki moczowej, zajmującym 3/4 obwodu części błoniastej cewki moczowej. Dokonano wycięcia całego uchyłka i resekcji odpowiedniego odcinka części błoniastej cewki moczowej. Cewkę moczową zaszyto (koniec z końcem), wprowadzając do pęcherza moczowego cewnik. Wycinek uchyłka posłano do badania mikroskopowego. Waga wszystkich kamieni w sumie wynosiła 13 gramów.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, po 14 dniach usunięto cewnik — chory oddaje mocz prawidłowo.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

XIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 6 maja 1938. Porządek dzienny: 1. Kol. Schusterówna H.: Patogeneza zaburzeń wydalania żółci i ich stosunek do kamicy żółciowej w świetle najnowszych i własnych badań (wykł. I). 2. Kol. Bühn S.: Gdzie nas niema, a gdzie być powinniśmy. (Wrażenia z Kongresu Bezpieczeństwa Pracy).

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. Posiedzenie w dniu 4 maja 1938 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 20 kwietnia 1938 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. A. Haber: Przypadek haemangioma hepatis. 4. Kol. F. Turyn i kol. L. Cymbalist: Przypadek niedokrwistości. 5. Pokaz preparatów i dyskusja. — II. Posiedzenie w dniu 18 maja 1938 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 4 maja 1938 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. J. Kalisz: Zasady nowoczesnej traumatologii. 4. Pokaz preparatów i dyskusja. — III. Posiedzenie w dniu 25 maja 1938 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 18 maja 1938 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. J. Kokotek: O ujemnym odczynie Widala w durze brzusznym. 4. Pokaz preparatów i dyskusja.

Różne

Z kraju

Dnia 15. III. br. Instytut Badań Lekarskich Lotnictwa obchodził 10-lecie swego istnienia. (L.).

Polski Czerwony Krzyż w Kamieńcu Koszyrskim obdarował w tym roku 10 szkół powszechnych nowymi apteczkami. Apteczek tych jest już w powiecie 80. (J.).

W Warszawie odbył się Kongres Bezpieczeństwa Pracy, który uchwalił szereg ważnych wniosków i rezolucyj. M. i. uznano za konieczne stworzenie zakładu i katedry fizjologii pracy przy jednej z wyższych uczelni (N.).

Polskie Towarzystwo Eugeniczne wniosło na posiedzenie Sekcji Eugenicznej Państwowej Rady Zdrowia projekt instytutu eugenicznego. (N.).

W Warszawie przy Szpitalu św. Rocha została otwarta Stacja Zapobiegawcza Przeciwweneryczna. (M.).

W Polsce mają powstać specjalne zakłady lecznicze dla chorych na raka. Zakłady te mają byc utworzone przede wszystkim przy wydziałach lekarskich w Warszawie i Wilnie. (M).

Węgry

Dyrektor Instytutu Pasteurowskiego w Budapeszcie ogłosił, że nie stwierdza się obecnie wścieklizny w tych okolicach Węgier, w których szczepi się zapobiegawczo psy od r. 1936.

Komunikaty

III Kurs dokształcający położnictwa i ginekologii. Sekcja Społeczna Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego, chcąc przyjść z pomocą w uzupełnieniu wiadomości z położnictwa i ginekologii kolegom, zwłaszcza pracującym lub mającym zamiar pracować na prowincji, organizuje kurs z zakresu praktycznego położnictwa i ginekologii. Początek kursu dnia 3 października br. Koniec kursu dnia 26 listopada br. Liczba słuchaczów ograniczona. Teoretyczne wykłady w ilości 42 godzin, seminarium z położnictwa i ginekologii, ćwiczenia w operacjach położniczych na fantomach, grupami — odbędą się w szpitalach i zakładach położniczych miejskich pod kierunkiem ordynatorów i asystentów. W czasie kursu uczestnicy podzieleni na grupy pracować będą w zakładach położniczych, oddziałach ginekologicznych i ambulatoriach, przy czym przewidziane są dla nich dobowe dyżury w zakładach położniczych dla możliwie największego wyzyskania bieżącego materiału. Opłata za cały kurs wynosi 150 złotych. Koszt internatu (nie obowiązującego) wraz z utrzymaniem wyniesie miesięcznie około 100 zł. Colloquium nie będzie. Słuchacze po zakończeniu kursu otrzymają odpowiednie zaświadczenia. Zgłaszający się otrzymają szczegółowy program wykładów i zajęć. Kierownictwo kursu wystąpiło do Dep. Sł. Zdr. M. O. Sp. o przyznanie subsydium, które w razie uzyskania przeznaczy na stypendia dla niezamożnych uczestników kursu. Stypendia dostać mogą lekarze pracujący w instytucjach państwowych lub samorządowych (ośrodki zdrowia, szpitale miejskie itp.). Zgłoszenia na Kurs z nadmienieniem, czy kandydat korzystać chce z internatu, należy nadsyłać pod adresem: Warszawa, Marszałkowska 42, m. 3, dr P. Mężycki — do dnia 1. VIII. br. Ubiegający się o stypendium powinien podać wraz z krótkim życiorysem motywy oraz miejsce pracy (wskazać instytucję, w której pracuje,

Redakcja otrzymała

Miesięcznik *Biblioteka Lekarska.* Nr 4. 1938.

M. Karbowniczek: Wpływ niektórych czynników redukujących na rozwój drobnoustrojów beztlenowych. Z Zakładu Bakteriologii U. J. w Krakowie. Kraków 1938. (Rozprawa na stopień doktora medycyny).

Biologické Listy. Nr 1. 1938.

Praktische Karzinom-Blätter. Nr 2, 3, 4. 1938.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.